

Hyvä kotiutuminen terveystakeskussairaalaista – katkeamaton hoitoketju

Sosiaali- ja terveystalan ylempi
ammattikorkeakoulututkinto
Terveystalan kehittämisen ja johtamisen
koulutusohjelma
Fysioterapeutti (ylempi AMK)
Opinnäytetyö
21.5.2008

| | | |
|--|---------------|------------------------------|
| Koulutusohjelma | | Tutkintonimike |
| Terveysalan kehittäminen ja johtaminen | | Fysioterapeutti (ylempi AMK) |
| Tekijä/Tekijät | | |
| Päivi Keskinen | | |
| Työn nimi | | |
| Hyvä kotiutuminen terveyskeskussairaalaan – katkeamaton hoitoketju | | |
| Opinnäytetyö | Aika | Sivumäärä |
| | Toukokuu 2008 | 42 + 5 liitettä (16sivua) |
| <p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää terveyskeskussairaalan kotiutumisprosessia laatimalla hyvän kotiutumisen arviointiin käytettävä mittari. Työn tarkoituksena oli kuvata terveyskeskussairaalan hyvän kotiutumisen edellytykset potilaan, sairaalan henkilökunnan ja kotihoidon näkökulmista, ja laatia näiden edellytysten pohjalta hyvää kotiutumista arvioiva mittari. Tutkimustehtäviin haettiin vastauksia aiemmista tutkimuksista, PALKO-hankkeesta ja terveyskeskussairaalan henkilökunnalle suunnatulla sähköpostikyselyllä. Aineisto kerättiin kirjallisuuskatsauksella 14 kotimaisesta ja 11 ulkomaisesta tutkimuksesta sekä kahdella avoimella kysymyksellä sairaalan eri ammattiryhmiä edustavalta 11 tiedonantajalta. Saatu aineisto analysoitiin sisällön analyysin avulla.</p> <p>Hyvän kotiutumisen edellytykset tässä kehittämistyössä olivat hyvä tiedonkulku ja yhteistyö, kotiutumis suunnittelun pikainen käynnistäminen ja aikataulutettu kotiutumis suunnitelma, potilaan ja omaisen osallistuminen päätöksentekoon, potilaan toimintakyvyn ja voimavarojen kokonaisvaltainen arviointi ja kirjaaminen, omahoitajan toimiminen kotiutumisen koordinaattorina, omahoitajan rohkaiseva ja osallistava rooli, kotiutumista tukevat asenteet, moniammatillinen yhteistyö, kotihoidon riittävän aikainen tiedonsaanti kotiutumisesta, kotihoitoon riittävä tieto potilaan sairauden hoidosta, toimintakyvystä ja kognitiivisista valmiuksista, potilaan jatkohoidon ohjaus ja tiedon saaminen, kotona tarvittavan avun arvioiminen ja järjestäminen sekä potilaan turvallisuuden tunne. Hyvän kotiutumisen arviointimittari on 88 väittämästä koostuva kyselylomake, jonka avulla potilaan omahoitaja arvioi kotiutumisen edellytysten toteutumista potilaan kotiututtua sairaalasta.</p> <p>Arviointimittari on konkreettinen apuväline tarkastella kotiutumisprosessia. Mittarin käytöstä saaduilla kokemuksilla voidaan osoittaa kotiutumisprosessin kehittämis- ja koulutustarpeita. Mittaria voidaan käyttää apuna perehdytyksessä ja keskustelun pohjana kuntoutuskokouksissa. Jatkotutkimusaiheena voisi olla arviointivälineen kehittäminen riskikotiutujille, jotka tulisi tunnistaa heti sairaalajakson alussa.</p> | | |
| Avainsanat | | |
| kotiutuminen, yhteistyö, tiedonkulku, arviointimittari | | |

| | | | |
|--|-------------|---|--|
| Degree Programme in | | Degree | |
| Health Care Development and Management | | Master of Health Care and Social Services | |
| Author/Authors | | | |
| Päivi Keskinen | | | |
| Title | | | |
| Good Discharge from Basic Health Hospital – Continuous Care | | | |
| Final Thesis | Date | Pages | |
| | Spring 2008 | 42 + 5 appendices | |
| <p>ABSTRACT</p> <p>The purpose of this study was to describe the requisitions for good discharge from the perspectives of patients, hospital staff and home care personnel and create an assessment instrument. The data was collected from previous studies and by asking open questions by e-mail from hospital staff. Home care perspective was chosen from the research project PALKO. The data was analysed by content analysis.</p> <p>The requisitions for good discharge were good information transfer and co-operation, quickly beginning with discharge planning, patient's and relative's participation in decision-making, comprehensive evaluation of functional ability and resources, a personal nurse working as a coordinator in multiprofessional team and arrangements for adequate home aid. Essential for home care personnel was timely and sufficient information about the discharge, patient's medical treatment, functional ability and cognitive resources. The assessment instrument for good discharge is a questionnaire with 88 different statements.</p> <p>This assessment instrument is a concrete tool to evaluate the discharge process. It can be used for education, personnel introduction and in treatment meetings. A challenge in future is to create an assessment instrument for those patients, whose discharge will need special attention and support. Discharge practices and co-operation should be developed further for really seamless discharge process.</p> | | | |
| Keywords | | | |
| discharge from hospital, co-operation, information transfer, assessment instrument | | | |

SISÄLLYS

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | TAUSTAA KEHITTÄMISHANKKEELLE | 5 |
| 2 | SAIRAALASTA KOTIUTUMINEN | 7 |
| 2.1 | Kotiutumisprosessi | 7 |
| 2.1.1 | Prosessin mittaamisesta | 8 |
| 2.2 | Aikaisempia tutkimuksia potilaiden sairaalasta kotiutumisesta | 10 |
| 2.2.1 | Sairaalasta kotiutuminen potilaiden näkökulmasta | 10 |
| 2.2.2 | Sairaalasta kotiutuminen henkilökunnan näkökulmasta | 12 |
| 2.2.3 | Kotiutumisprosessissa esiin nousseita solmukohtia | 13 |
| 2.3 | PALKO -hanke | 15 |
| 2.4 | Kehittämishankkeen teoreettiset lähtökohdat | 16 |
| 2.5 | Hankkeen toimintaympäristön kuvaus | 17 |
| 3 | OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT | 17 |
| 4 | MENETELMÄT | 19 |
| 4.1 | Aineiston hankinta | 19 |
| 4.2 | Aineiston analyysi | 20 |
| 5 | TULOKSET | 20 |
| 5.1 | Hyvän kotiutumisen edellytykset potilaan näkökulmasta | 20 |
| 5.2 | Hyvän kotiutumisen edellytykset henkilökunnan näkökulmasta | 24 |
| 5.2.1 | Edellytykset aikaisemmista tutkimuksista | 24 |
| 5.2.2 | Edellytykset henkilökunnan kyselystä | 25 |
| 5.3 | Hyvän kotiutumisen edellytykset kotihoidon näkökulmasta | 29 |
| 5.4 | Henkilökunnan ehdotukset sairaalan kotiutumiskäytäntöjen kehittämiseksi | 29 |
| 5.5 | Hyvän kotiutumisen edellytykset ja kotiutumisen arviointiin käytettävä mittari | 30 |
| 6 | POHDINTA | 32 |
| 6.1 | Luotettavuus | 32 |
| 6.2 | Eettisyys | 33 |
| 6.3 | Tulosten tarkastelua | 34 |
| 6.4 | Päätelmät | 37 |
| | LÄHTEET | 40 |
| | LIITTEET | 43 |
| | Liite 1. Nykyinen Katriinan sairaalan kotiutusprosessin kuvaus sairaalan laatukäsikirjassa | 43 |
| | Liite 2. Tutkimukset sairaalasta kotiutumisesta potilaiden näkökulmasta | 44 |
| | Liite 3. Tutkimukset sairaalasta kotiutumisesta henkilökunnan näkökulmasta | 49 |
| | Liite 4. Hyvän kotiutumisen edellytykset potilaan, sairaalan henkilökunnan ja kotihoidon näkökulmista | 52 |
| | Liite 5. Arviointimittari | 53 |

1 TAUSTAA KEHITTÄMISHANKKEELLE

Potilaan sairaalasta kotiutuminen on noussut ajankohtaiseksi aihealueeksi erityisesti 2000-luvulla. Hoitoajat sairaaloissa ovat lyhentyneet, ja kotona asumisen mahdollistuminen korostuu useissa strategioissa ja tavoitteissa. Tehostamisvaatimukset ovat luoneet paineita kotiutumisten sujuvuuden parantamiseksi. Vantaan vanhustenhuollon strategiassa on ollut eräänä kriittisenä menestystekijänä kotiutumisten tehostuminen ja ns. sakko- tai ylikäyttömaksujen poistuminen. Nämä tavoitteet edellyttävät sairaalasta kotiutumisprosessin olevan sujuvaa, saumatonta ja oikea-aikaista.

STM:n selvityksessä ”Tie hyvään vanhuuteen” (2007) nostetaan tavoitteeksi mm. henkilön mahdollisuus omatoimiseen, itsenäiseen ja turvalliseen kotona asumiseen mahdollisimman pitkään. Hoito- ja hoivaproessit tulisi suunnitella ja toteuttaa työotteella, jonka ydin on asiakaslähtöisyys. Vastuu palveluprosessien toimivuudesta ja asiakkaan kannalta saumatomasta siirtymisestä hoito- tai hoivapaikasta toiseen on palvelujen järjestäjällä. Tämä edellyttää hyvää yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä perus- ja erityispalvelujen välillä. Potilaan hoito- ja palveluketjujen hallitseminen on muuttunut yhä tärkeämmäksi. Hoidon kokonaisuuksien yhteydessä puhutaan myös hoitoketjujen saumattomuudesta. (Noro – Rissanen – Laitinen – Hammar – Pöyry 1999: 5.) Saumaton hoitoketju edellyttää saumatonta ja ajantasaista tiedonkulkua ja yhteisiä arviointimenetelmiä. Tämä on erityisen vaativaa silloin, kun hoitoketju muodostuu eri organisaatioiden ja yksikköjen antamasta hoidosta ja palvelusta. Tietotekniikan hyödyntäminen tuo tulevaisuudessa entistä enemmän uusia mahdollisuuksia tiedonvälittämiseen esim. sairaalan ja kotihoidon välillä. (Paasivaara – Nikkilä – Voutilainen 2002: 53; Koponen 2003: 119.)

Kotiutuminen sairaalasta on yhteistyötä potilaan, hänen läheistensä sekä monialaista osaamista edustavien ammattihenkilöiden välillä. Toimiva kotiutuminen yli alue- ja palvelurajojen onnistuu vain hyvällä suunnittelulla ja yhteistyöllä. Useissa tutkimuksissa on kuitenkin todettu puutteita mm. hoidon jatkuvuudessa ja tiedon kulussa. (Perälä – Rissanen – Grönroos – Hammar – Pöyry – Teperi 2003: 59.) Onnistuneen kotiutumisen tulostekijöiksi on kuvattu mm. potilaan maksimaalisen toipumisen mahdollistuminen, potilaan tarpeiden tyydyttyminen, potilaiden tyytyväisyys, sairaalapaikkojen ja voimavarojen mielekäs käyttö,

sairaalajaksojen lyheneminen sekä avohoidossa työskentelevien tietoisuus siitä, mitä potilas heiltä tarvitsee (Koponen 2003: 20).

Vantaan kaupunki on ollut mukana Teknillisen korkeakoulun tutkimus- ja opetusyksikkö SimLabin toteuttamassa KIMPPA-hankkeessa (Kuntien innovatiiviset mallit palvelujen parantamiseksi). Vantaan osahankkeen loppuraportissa (Vantaan vanhuspalveluverkosto 2006) löydettiin kotiutumiseen liittyen sekä rakenteeseen että toimintatapoihin liittyviä haasteita, esim. kotiutumisen koordinointi, tiedonkulku ja oikea-aikainen päätöksenteko olivat puutteellisia. V. 2007 ilmestyneessä STAKESin julkaisussa (Mäkelä – Häkkinen – Juslin – Koivuranta-Vaara – Liski – Lyytikäinen – Laine) todetaan Vantaan kotiutusprosessin olevan hitainta pääkaupunkiseudun kaupunkien vertailussa. Kyse voi olla kaupungissa tai sairaalassa omaksutusta toimintatavasta, joka on osin riippumaton potilaan tilanteesta. Näin kotiutumisprosessin kehittämällä voitaisiin päästä parempiin tuloksiin.

Kotiutumisprosessissa on paljon toimijoita, lukuisia rajapintoja ja saumoja. Aiemmat tutkimukset aiheesta ovat tuoneet esiin sen, että näkökulmat vaihtelevat ja erilaiset asiat nousevat tärkeiksi toimijoista riippuen. Tämän vuoksi olen tähän kehittämishankkeeseen halunnut mahdollisimman monta näkökulmaa, enkä tarkastele kotiutumista ainoastaan sairaalakeskeisesti. Tässä työssä tarkastelen kotiutumista potilaan, hoitohenkilökunnan ja kotihoidon kannalta, koska koen ne keskeisimmiksi toimijoiksi kotiutumisprosessissa. Hoidon laadusta ei voida puhua ilman potilasnäkökulmaa. Tärkeystään huolimatta omaisten näkökulma on jätetty pois työn rajaamiseksi.

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on kuvata terveystieteellisen sairaalan hyvän kotiutumisen edellytykset potilaan, sairaalan henkilökunnan ja kotihoidon näkökulmista, ja laatia näiden edellytysten perusteella hyvän kotiutumisen arviointiin käytettävä mittari.

2 SAIRAALASTA KOTIUTUMINEN

2.1 Kotiutumisprosessi

Uuden suomen kielen sanakirjan mukaan ”kotiuttaminen” on määräämistä tai päästämistä palaamaan kotiin tai kotimaahan. ”Kotiutuminen” on palaamista kotiin tai kotimaahan, totumista johonkin, yleistymistä tai vakiintumista. Kotimaisissa tutkimuksissa käsitettä ”kotiutua sairaalasta” käytetään kuvattaessa kotiutumista potilaan näkökulmasta (esim. Männistö 1998; Pöyry 1999; Nieminen 2000; Järvikallio 2005; Rantasalo 2007) ja ”kotiuttaa sairaalasta” kuvaa taas kotiutumista henkilökunnan näkökulmasta (esim. Vesterinen 1999; Pahikainen 2000; Pajari 2004; Salomaa 2004). Englanninkielisissä tutkimuksissa käytetään yleisesti ”discharge” – käsitettä.

Kotiutuminen on prosessi, joka alkaa potilaan tullessa sairaalaan ja jonka tarkoituksena on helpottaa henkilön siirtymistä ympäristöstä toiseen. Prosessiin kuuluvat suunnittelu, toteuttaminen ja arviointi, ja siinä korostuvat turvallisuuden ja jatkuvuuden periaatteet. (Victor – Vetter 1988: 155–156; Männistö 1998: 19; Rauhasalo 2003: 31.) Kotiutumisprosessiin kuuluvat myös potilaan kotiutumisvalmiuden arvioiminen, kotiutuspäätöksen tekeminen ja kotiutumisen organisoiminen (Gardner – Arve – Kiviniemi 2002: 7). Vesterinen (1999: 8) kuvaa kotiutumisen potilaan, omaisen ja henkilökunnan yhteistyöprosessina, johon keskeisenä kuuluu kotiutumis suunnitelman tekeminen. Kotiutuspäätös tulee tehdä aina yhdessä potilaan kanssa ja riittävän ajoissa, ja tarvittaessa omaiset ja kotihoiton henkilöstö on otettava mukaan päätöksentekoon (Rantasalo 2007: 53).

Jo sairaalaan tulovaiheessa tulisi tunnistaa ne potilaat, joiden kotiutuminen sairaalahoidon jälkeen on haasteellista, ja joilla on ennakoitavissa ongelmia kotona selviytymisessä. Esimerkiksi dementiaa sairastava potilas tai pitkään tai toistuvasti sairaalahoidossa ollut potilas voi olla riskikotiutuja. (Styrborn 1995: 284; Koponen 2003: 110; Salomaa 2004: 10.) Kotiutumisen tukemisen edellytyksenä on potilaan toimintakyvyn, voimavarojen ja eri vaihtoehtojen huolellinen arviointi. Kotiutumista valmisteleva henkilö tarvitsee laaja-alaisesti tietoa potilaan elämästä. Kotiutumista varten tehdään suunnitelma, jossa määritellään potilaan kotiutumisvalmius, kotiutumisajankohta, ennen kotiutumista tarvittava ohjaus, mahdolliset

apuvälineet ja kodin muutostyöt sekä kotona tarvittavat palvelut. (Jewell 1993: 1292–1293; Autio 1996: 5-8; Ahonen – Käyhty – Ahvo 2002: 128–130; Rauhasalo 2003: 35–36.) Useasti on todettu moniammatillisen työryhmän erilaisine näkökulmineen olevan merkityksellinen potilaan tehokkaan kotiutumissuunnitelman laatimisessa kotiutumista valmistelevan henkilön tukena (Karppinen 1997: 54; Männistö 1998: 73; Pahikainen 2000: 5; Roberts 2002: 418; Atwal 2002: 458).

Kotihoidon henkilöstön on tiedettävä potilaan kotiutumisesta riittävän ajoissa. Tiedottaminen on yksilövastuiseen hoitotyön myötä enenevässä määrin siirtynyt sairaalassa omahoitajien vastuulle. Sanallisen tiedon lisäksi kirjallisen informaation välittäminen jatkohoidosta vastaaville on hoidon jatkuvuuden ja saumattomuuden kannalta tärkeää. Keskeisenä yhteistyön välineenä toimivat potilaan hoito- ja palvelusuunnitelma ja hoitotyön lähete. Myös kotiutumispalavereita pidetään tärkeinä. (Styrborn 1995: 284; Pöyry 1999: 20; Pahikainen 2000: 70–71; Gardner ym. 2002: 14; Rantasalo 2007: 54.) Potilaan kotiuduttua hänen tilanettaan ja kotiutumisen onnistumista tulisi seurata. Tämä tapahtuu useimmiten kotihoidosta käsin. Erilaisilla sairaalasta järjestetyillä tukipalveluilla on ollut myönteisiä vaikutuksia potilaan kotona selviytymiseen, esim. ottamalla sovitusti jonkin ajan kuluttua yhteyttä puhelimitse tai järjestämällä seurantakäynti potilaan luona. Myös lupa palata tarvittaessa sairaalaan on lisännyt kotiutumisen onnistumista. (Pöyry 1999: 10; Gardner ym. 2002: 19.)

2.1.1 Prosessin mittaamisesta

Prosessiajattelussa toiminta mielletään eri ammattiryhmien, yksiköiden ja organisaatioiden rajat ylittävinä, toisiaan seuraavina toimintojen ketjuina. Lopputulokseen vaikuttavat kaikki ketjujen osat sekä toiminnan sujuvuus. Laadunhallinta on systemaattista toimintaa ja arviointia, jolla pyritään toiminnan tehostamiseen ja vaihtelun vähentämiseen. Laadun parantamisen keskeisiä ajatuksia on, että laatu korjataan parantamalla prosesseja. Laadun arvioimiseksi määritellään tavoiteltu laatu, laatuvaatimukset operationalisoidaan mitattaviksi kriteereiksi ja niille määritetään mittausmenetelmä. Asiakaslähtöisen hyvän hoidon turvaaminen edellyttää, että käytettävissä on tietoa siitä, mitä potilaat pitävät hyvänä ja tavoiteltavana. (Hiidenhovi 2001: 22, 47; Töyry 2001: 20.)

Mittari on tiivis, sanallinen tai numeroarvollinen seurantatapa, menetelmä tai väline, jonka avulla laatuksiteriksi valittua ominaisuutta mitataan. Mittariin liittyy sovittu menettelytapa, jonka mukaan tiedon keräys ja käsittely tapahtuu. Mittari voi olla esim. kyselylomake. Laatuksiterereiksi valitaan tärkeitä hoidon tai palvelun laatua kuvaavia tekijöitä, joiden avulla seurataan toimintaa ja kehittämistarpeita. Laatuksiterit ovat apuna laadun sisällön konkretisoinnissa ja täsmentämisessä. Mittari on käyttökelpoinen, jos sitä voidaan pitää luotettavana, jos se on käyttäjäystävällinen ja sen tuloksia voidaan käyttää apuna toiminnan parantamisessa. Luotettava mittari on sekä reliaabeli että validi. Reliabiliteetti merkitsee mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia, ja validiteetti ilmaisee mittarin kyvyn mitata sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. (Hiidenhovi 2001: 36, 69; Idänpään-Heikkilä – Outinen – Nordblad – Päivärinta – Mäkelä 2000: 10–11.)

Laadunarvioinnissa verrataan toteutunutta toimintaa asetettuihin tavoitteisiin niille määritettyjen kriteerien avulla. Arvioinnin avulla tunnistetaan mahdollisuuksia toiminnan parantamiseksi. Arviointituloksia tarvitaan mm. toiminnan onnistumisen arviointiin, päätöksenteon tueksi, ongelmien tunnistamiseksi, oppimisen perustaksi, toiminnan ohjaamiseksi painopistealueiden suuntaan ja palautteen antamiseksi. (Idänpään-Heikkilä ym. 2000: 16–20). Arvioinnista pitää aina seurata jotakin, päätös muuttaa toimintaa tai perustelu jatkaa entiseen tapaan. Arvioinnilla on aina asiakas, jonka päätöksiin arvioinnin tulisi vaikuttaa. Vähintäänkin tulisi arvioida asetettujen tavoitteiden toteutumista. (Kaila – Mäntyranta – Lampe 2007: 167.)

Yleensä suositellaan käyttämään valmiita, luotettaviksi testattuja mittareita. Perälän (1995: 11) mukaan itsekehitettyt mittarit palvelevat kuitenkin työyksikköä paremmin kuin muualla kehitetyt valmiit mittarit. Mittarin kehittäminen ja testaaminen kestävät vuosia. Valmiin mittarin käyttäminen edellyttää varmistumista siitä, että mittarin teoreettinen tai käsitteellinen perusta, mittaamistapa ja tiedonkeruutapa ovat tarkoitukseen sopivia tai sopusoinnussa käyttötarkoituksen kanssa. Mittaria ei voida pitää luotettavana muualla kuin siinä yksikössä tai organisaatiossa, johon se on alun perin kehitetty. (Perälä 1995: 12, 23.)

2.2 Aikaisempia tutkimuksia potilaiden sairaalasta kotiutumisesta

Potilaiden sairaalasta kotiutumista on tutkittu Suomessa jonkin verran 1990- ja 2000- luvuilla. Tutkimukset ovat pääosin pienistä, paikallisista aineistoista, joten johtopäätösten tekemisessä niiden pohjalta on oltava varovainen. Kuitenkin tietyt samat teemat nousevat useissa töissä esiin, varsinkin kotiutumisprosessin solmukohtina. Ulkomaisia tutkimuksia aiheesta on runsaasti, ja niiden etuna ovat mm. yleensä suuret otoskoot. Tuloksiin on syytä suhtautua kriittisesti kulttuuristen ja sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmissä olevien erojen takia, mutta potilaan kotona selviytymiseen liittyvät edellytykset näyttävät länsimaissa olevan varsin yhteneviä.

2.2.1 Sairaalasta kotiutuminen potilaiden näkökulmasta

Useassa tutkimuksessa todetaan riittävän ajoissa aloitetulla kotiutumisen suunnittelulla olevan merkittävä vaikutus potilaan kotiutumisvalmiuteen ja näin kotiutumisen onnistumiseen. Tukiverkoston osallistuminen tähän suunnitteluun paransi osaltaan kotiutumisen onnistumista. Potilaat kokivat lähiverkoston osallistumisen heidän arkeensa olevan selviytymisen kannalta keskeistä. Potilaiden kokemus siitä, että heillä on mahdollisuus vaikuttaa kotiutussajankohtaan, paransi kotiutumisen onnistumista. Muita kotiutumisvalmiuteen vaikuttavia tekijöitä olivat riittävä tiedonsaanti, kannustaminen ja avun järjestäminen kotiin. (Leino-Kilpi – Vuorenhelmo 1992; Rosswurm – Lanham 1998; Nieminen 2000; Markkanen 2004; Järvikallio 2005.) Omaisten ja läheisten mukana ololla koko kotiutumisprosessin aikana oli merkittävä vaikutus (Männistö 1998).

Pearson – Procter – Wilcockson – Allgar (2004) tuovat esiin tarpeen siirtää tehokkaan kotiutumis suunnittelun painopistettä oireitten hoidosta ja tehtäväkeskeisyydestä enemmän keskusteluun ja pohdintaan potilaan voimavaroista ja hänen kokemaansa elämänlaatuun. Myös Karppisen (1997) tutkimuksessa potilaat kaipasivat henkilökunnalta lisää huomiointia ja keskustelua psyykkisiin tekijöihin, heidän kipunsa ja särkynsä sen sijaan hoidettiin hyvin. Potilaan kokema toimintakyky määrittää pitkälti uudelleen sairaalaan joutumisen. Näin toimintakyvyn laaja-alainen ja perusteellinen selvittäminen ja siitä keskustelu nousevat hyvin keskeiseksi. (Rosswurm – Lanham 1998.)

Osana turvallista kotiutumista on myös potilaan mahdollisuus ottaa tarvittaessa yhteyttä takaisin sairaalaan, omalääkäriin tai kotihoitoon. Monesti pelkkä tieto siitä, miten toimia, mikäli kotona ilmenee ongelmia riittää lisäämään turvallisuuden tunnetta. Potilaan vointia kartoittavalla puhelinyhteydenotolla on myös merkitystä. (Männistö 1998; Nieminen 2000.) Olonsa turvalliseksi kokeminen on yksi välttämätön osa henkilön hyvinvointia ja elämänlaatua. Turvattomuutta aiheuttaa mm. muistamattomuus, mutta myös epätoivo ja masennus. Turvattomuus ilmenee erilaisina pelkoina, joiden lieventämisessä olisi tärkeää pysyvät ihmissuhteet ja varmuus avun saamisesta sitä tarvittaessa. (Malin 1996: 26.)

Potilaat kokevat pääasiassa, että heillä oli ollut mahdollisuus osallistua kotiutumiseen liittyvään päätöksentekoon. Toisaalta osa vastaajista piti parempana, että hoitohenkilökunta teki päätökset heidän puolestaan. (Jewell 1996b; Roberts 2002.) Myös Aution (1996) ja Rantasalon (2007) tutkimuksissa potilaat arvioivat kotiutumisvalmistelujen ja kotiutumisen onnistuneen hyvin. Potilaat kaipasivat henkilökunnalta kuitenkin lisää kannustusta ja tukea omatoimisuuteen sekä rohkaisua päätöksentekoon.

Rantasalon (2007) tutkimuksessa kotiutushoitajan toiminta koettiin erittäin tärkeänä, erityisesti paljon apua tarvitsevien potilaiden kotiutumisessa. Potilailla on paljon tiedon tarvetta kotiutumiseen liittyen. Tiedon saannin tärkeyden mm. jatkohoito-ohjeista tuo tutkimuksessa esiin esim. Roberts (2002). Toisin kuin oletetaan, potilaat eivät juuri keskustelleet kotiutumisjärjestelyistään lääkärin kanssa, ja juuri lääkärin pitäisi kuitenkin päättää kotiutumisesta. On tarpeen lisätä hoitajien ja lääkärin välistä keskustelua heidän rooleistaan ja yhteistyöstään kotiutumisprosessissa.

Koponen (2003) kehitti väitöstutkimuksessaan teorian iäkkään potilaan selviytymisestä ja sitä edistävästä potilaan, perheenjäsenen ja hoidonantajien yhteistyöstä potilaan siirtyessä kodin ja sairaalan välillä. Kehitetty teoria koostuu potilaan selviytymisestä, perheenjäsenen osuutta selviytymisessä sekä selviytymistä edistävää yhteistyötä kuvaavista kategorioista ja kategorioiden välisistä yhteyksistä. Keskeiseksi nousee yhteistyö, sen toimivuus ja yhteisen näkemyksen saavuttaminen. Epävarmuus selviytymisessä vaikeuttaa potilaan kotona selviytymistä, vaikka hänen fyysinen toimintakykynsä vaikuttaisi kohtalaiselta. Sairaalassa potilaan voi olla vaikea ennakoida kotona selviytymistä. Siksi tarvitaan paljon keskustelua, tukea ja asioiden yhdessä läpikäymistä ja miettimistä, mitä muutokset tarkoittavat kotioloissa.

Hoitohenkilökunnan ja kotihoidon tulisi tukea potilaan ja omaisten selviytymisen yrittämistä, ei toimia heidän puolestaan.

2.2.2 Sairaalaista kotiutuminen henkilökunnan näkökulmasta

Vanhuksen kotiuttamismalli perusterveydenhuollossa sisältää vanhuksen kotiuttamisen valmistelun ja kotikuntoisuuden arvioinnin sekä luottamuksellisen yhteistyön luomisen eri organisaatioiden välillä ja hoitajien välisen yhteistyön. Potilaan turvallinen sairaalasta kotiutuminen edellyttää hyvää yhteistyötä monen eri tahon ja toimijan välillä. (Salomaa 2004.)

Onnistuneen kotiutumisen perusedellytyksiä hoitohenkilökunnan mielestä ovat hyvä tiedonkulku (Pajari 2004), toimintakyvyn ja psykososiaalisten tarpeiden huomioiminen (Styrborn 1995), yhteistyö ja vuorovaikutus eri yhteistyötahojen kanssa, potilaan valmius kotiutua, omaisten valmius ja osallistuminen potilaan arkeen ja toimivat hoitosuunnitelmat ja kotiutumiskriteerit (Anthony – Hudson-Barr 1998). Potilaan henkisiä ja sosiaalisia voimavaroja vahvistava emotionaalinen ja henkinen tuki ja potilaan tarpeiden yksilöllinen huomioiminen korostuivat Vesterisen (1999) tutkimuksessa.

Kotiutumisen onnistumiseen vaikuttaa osaltaan se, että selkeästi yksi taho, esim. omahoitaja koordinoi muiden kotiutumisprosessiin osallistujien toimintaa, valmistelee kotiutumisen ja toimii potilaan yhdyshenkilönä. Kotiutumisprosessista vastaaminen koetaan sen verran vaativana, että tämän koordinoivan henkilön tulisi olla työssään kokenut. Vähän työkokemusta omaava hoitaja tarvitsee tähän prosessiin kokeneemman mentorointia. (Anthony – Hudson-Barr 1998; Vesterinen 1999; Atwal 2002.) Makropilotti – hankkeessa kokeillulla omanuovojatoiminnalla on monia yhteneviä piirteitä omahoitajan työn kanssa. Siinä omahoitajan työn koettiin vaativan työntekijältä erityisesti laajaa näkemystä sosiaali- ja terveydenhuollosta, vastuunottoa, rohkeutta kokeilla uusia toimintatapoja, herkkyyttä tunnistaa potilaiden tarpeet, ihmissuhdetaitoja ja riittävää auktoriteettia. (Perälä – Rissanen – Grönroos – Hammar – Pöyry – Noro – Saalasti-Koskinen – Teperi 2004: 61.)

Tärkeinä tekijöinä kotiutumisessa pidetään potilaan avuntarpeen selvittämistä ja tarvittavien kotihoidon palvelujen järjestämistä, kirjallisten jatkohoito-ohjeiden antamista sekä tietoa siitä, miten potilaat toimivat, jos kotona ilmenee ongelmia. Toisin kuin monissa muissa tutkimuksissa (mm. Jewell 1993; Styrborn 1995; Vesterinen 1999) vähiten tärkeinä pidettiin kotiutumisen suunnittelun aloittamista heti potilaan saavuttua ja kotiutumisen toteuttamista osaston kirjallisten toimintaohjeiden mukaisesti. (Pahikainen 2000.)

Hoitajat tiedostivat tarpeen osallistaa potilas kotiutumisprosessin päätöksentekoon ja kokivat potilaan/omaisten tarvitsevan tietoa ja neuvoja heiltä voidakseen osallistua päätöksentekoon. Kuitenkin potilaita kuvattiin hyvin passiivisin termein ja heidät nähtiin haluttomina osallistumaan päätöksentekoon. Hoitajat tiedostivat myös omalla paternalistisella toiminnallaan voivansa joskus estää potilaan osallistumista tai jopa määrittävänsä, osallistuuko potilas kotiutumisprosessinsa päätöksentekoon. Hoitajat näkivät siis potilaan roolin aktiivisena, mutta toimivat passivoivasti ja holhoten. (Jewell 1996a.)

2.2.3 Kotiutumisprosessissa esiin nousseita solmukohtia

Monet suomalaiset ja kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet runsaasti sekä puutteita että kehittämisehdotuksia potilaan sairaalasta kotiutumisprosessissa. Ongelmat ovat yllättävän samankaltaisia riippumatta siitä, missä maassa tutkimus on tehty, eikä myöskään tutkimusajankohdalla ole ollut tähän merkitystä. Ongelmat on tuotu esiin, mutta niitä esiintyy edelleen. Solmukohtia on ollut erityisesti tiedonkulussa ja hoidon jatkuvuudessa potilaan siirtyessä organisaatiosta toiseen. Puutteita on osoitettu tiedonkulussa ja yhteistyössä sekä sairaalan sisällä (mm. Anthony – Hudson-Barr 1998; Pöyry 1999; Atwal 2002; Pajari 2004), erityisesti sairaalan ja avohoidon välillä (mm. Jewel 1993; Pahikainen 2000; Salomaa 2004; Perälä – Grönroos – Sarvi 2006) että myös sairaalan ja omaisten välillä (Pöyry 1999). Yhä lyhenevät sairaalahoitajaksot lisäävät kotiutumisprosessin haasteellisuutta entisestään.

Tavallisimpia syitä kotiutumisen epäonnistumiseen tiedonkulun ja yhteistyön puutteiden lisäksi ovat potilaan kotiutuminen liian huonokuntoisena ja kuntoon nähden riittämätön apu kotona (mm. Mistiaen – Duijnhouwer– Wijkel – de Bont – Veeger 1997; Männistö 1998;

Salomaa 2004; Järvikallio 2005), epävarmuus selviytymisestä, yksinäisyys ja turvattomuuden tunne (Malin 1996; Rantasalo 2007). Erityisesti kotiutumisen jälkeiset ensimmäiset päivät ja yöt, ensimmäinen viikko, ovat kriittisintä aikaa, jolloin kotiin tulisi järjestää tehostettua apua (Victor – Vetter 1988: 17; Noro – Aro – Jylhä – Pohjolainen – Ruth 1992: 34). Pearson ym. (2004) tuo tutkimuksessaan toisenlaisen näkökulman kotiutumisen epäonnistumiseen. Heidän mielestään kotiutumisprosessissa painottuvat liikaa lääketieteelliset seikat ja fyysisten oireiden hoito toimintakyvyn laaja-alaisen arvion sijaan, mm. sosiaalisten roolien ja voimavarojen arviointi ja tukeminen jäävät puutteelliseksi. Myös Atwal (2002) nostaa esiin puutteen potilaan sosiaalisen toimintakyvyn ja tuen tarpeen arvioinnissa. Kotiutusprosessin eri näkökulmat jäivät usein vähälle huomiolle, ja eri työntekijöiden arviointeja koordinoitiin harvoin. Osastoraporttikäytäntöjen koettiin hankaloittavan tehokasta kommunikointia. Ajanpuutteen koettiin haittaavan eniten moniammatillista yhteistyötä ja kotiutusarviointien koordinoitua. Karppisen (1997) tutkimuksessa korostuu myös potilaiden psyykkisten ja henkisten tarpeiden puutteellinen huomioiminen.

Useat tutkimukset osoittavat potilaiden kokevan saaneensa kotiutumiseensa, sairauteensa ja sen hoitoon sekä lääkitykseen liittyen liian vähän tietoa ja keskustelumahdollisuuksia (mm. Jewel 1993; Mistiaen ym.1997; Männistö 1998; Nieminen 2000). Potilaiden mielestä heidän mielipiteidensä huomioiminen ja mahdollisuudet osallistua heitä koskevaan päätöksentekoon olivat vajanaisia (mm. Jewell 1996a; Jewell 1996b; Järvikallio 2005). Liian myöhäinen kotiutumisajankohdasta ilmoittaminen sekä potilaalle, hänen omaiselleen että kotihoitoon aiheuttaa paljon tyytymättömyyttä, eikä luo pohjaa onnistuneelle kotiutumiselle (mm. Leino-Kilpi – Vuoreneho 1992; Salomaa 2004; Perälä ym. 2006).

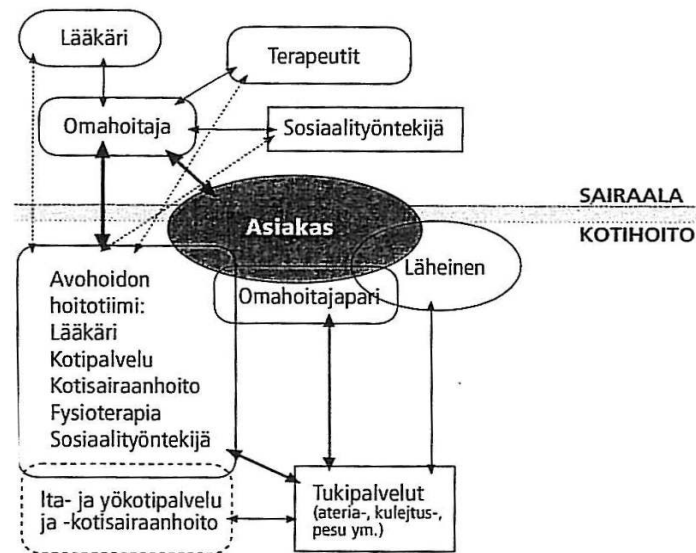
Kotiutumisprosessin koordinoinnissa, vastuukysymyksissä ja työnjaossa sekä sairaalan sisällä että sairaalan ja kotihoidon välillä on myös epäselvyyksiä. Toisten työn tunteminen on heikkoa, mikä voi lisätä toisaalta palveluiden päällekkäisyyttä, mutta jättää myös katvealueita. (mm. Noro ym. 1992; Pahikainen 2000; Atwal 2002.) Yhtenevien tavoitteiden ja näkemysten puute nostettiin esiin mm. Karppisen (1997), Salomaan (2004) ja Perälän ym. (2006) tutkimuksissa. Anthony – Hudson-Barr (1998) tuovat esiin, että puutteellinen kommunikointi ja koordinointi etenkin hoitajien ja lääkäreiden välillä viivästytti kotiutumisja aiheutti tehottomuutta ja päällekkäistä toimintaa. Hoitajat eivät toisaalta halunneetkaan koordinaatiovastuuta. Lääkärin rooli moniammatillisessa työryhmässä oli epäselvä ja kai-

pasi tarkennusta. Sairaalan henkilökunnan asenteetkin voivat hidastaa potilaan kotiutumista. Työntekijät eivät välttämättä koe tärkeimpänä tehtävänä olevan kotiin lähtevän potilaan ohjaaminen, neuvominen ja tukeminen. (Atwal 2002.)

2.3 PALKO -hanke

PALKO (Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito) -hanke oli Stakesin monitie- teinen, koe- ja vertailuasetelmaan perustuva tutkimus, jossa on arvioitu kotihoitoa painotta- van hoito- ja palveluketjun käyttöönotto ja vaikuttavuus. Hankkeen tavoitteena oli asiak- kaan kotona selviytymisen tukeminen sekä kotiutumisen ja kotihoidon yhteensovittaminen. Kehittämistyön tuloksena syntyi erilaisiin toimintaympäristöihin soveltuva PALKOMalli kriteereineen sekä osallistava kehittämismetodi ohjeineen. PALKOMalli kehitettiin erikois- sairaanhoidon ja terveystieteiden sairaalan sekä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijöi- den yhteistyönä erään kunnan alueella vuosina 1998–1999. Tutkimusaineisto kerättiin käyt- tämällä strukturoitua haastattelua ja lomakekyselyitä: 721 asiakasta (haastattelu), 479 omaista (kysely) ja 688 kotihoidon henkilökuntaa (kysely), tutkimusasetelmana käytettiin koe- ja vertailuasetelmaa. Mallin painopiste on palvelujen rajapintoja ylittävissä käytän- nöissä ja rakenteissa, joilla lisätään palvelujen ja palvelujärjestelmän asiakaslähtöisyyttä koko hoitoketjussa. PALKOMallissa korostuvat hoidon jatkuvuus ja koordinointi hoitavien tahojen vaihtuessa, kotiin annettavien palvelujen ennakko- ja valmistelu ja kotihoidon asema hoito- ja palveluketjussa. (Perälä – Hammar 2003: 14; Perälä – Hammar – Saalasti- Koskinen 2005: 169–173.)

PALKOMalli sisältää käytäntöjä ja menetelmiä, jotka edistävät tiedon esteetöntä ja viivee- töntä siirtymistä työntekijöiden, potilaiden ja tarvittaessa heidän läheistensä välillä sekä toimintayksiköstä toiseen, potilaan hoito- ja palvelukokonaisuuden koordinoitua, yhteis- työtä eri ammattiryhmien välillä sekä kotihoidon työn hallintaa. Malli auttaa hahmottamaan potilaan hoito- ja palvelukokonaisuutta ja auttaa työntekijöitä näkemään oman osuutensa tässä kokonaisuudessa ja kehittämään omaa työtään. Kokonaisuuden kuvaaminen on edelly- tys, jotta koko prosessille voidaan asettaa yhteinen tavoite. (Perälä – Hammar 2003: 14– 16.)



KUVIO 1. PALKOmalli: Asiakkaan kotiutuminen sairaalasta (Perälä – Hammar 2003: 29)

2.4 Kehittämishankkeen teoreettiset lähtökohdat

Tämän kehittämishankkeen teoreettisessa osuudessa on jäsennetty potilaan sairaalasta kotiutumista aikaisempiin tutkimuksiin perustuen potilaan ja hoitohenkilökunnan näkökulmista. PALKO -hanke on valittu tämän kehittämistyön kotihoidon näkökulmaksi, koska se on laajin Suomessa kotihoidon näkökulmasta potilaan kotiutumista tarkasteleva tutkimussarja. Toisaalta ulkomaisten tutkimusten vertaileminen kotihoidon näkökulmaa tarkasteltaessa olisi hankalaa, koska tämä palvelu on järjestetty yhteiskunnasta tai maasta riippuen hyvin eri tavoin.

Tässä työssä käytetään käsitettä kotiutuminen puhuttaessa potilaan siirtymisestä terveyskeskussairaalasta kotiin tai palvelutaloon. Potilaan siirtyminen vanhainkotiin tai asumispalveluysikköön on rajattu pois, koska kotihoidon merkitystä erittäin keskeisenä yhteistyötahona on haluttu nostaa esiin. Kotihoidolla tarkoitetaan yhdistynyttä kotisairaanhoidoa ja kotipalvelua. Kotiutumisprosessilla tarkoitetaan prosessia, joka alkaa potilaan tullessa sairaalaan ja päättyy kotiutumisen arviointiin. Hyvän kotiutumisen edellytyksillä tarkoitetaan niitä tekijöitä, joista hyvä kotiutuminen muodostuu. Näitä edellytyksiä käytetään tässä työssä hyvän kotiutumisen arviointimittarin laatuksiteereinä.

2.5 Hankkeen toimintaympäristön kuvaus

Katriinan sairaala on 190-paikkainen Vantaan terveystieteiden sairaala. Sairaalassa hoidetaan sekä lyhyt- että pitkäaikaista hoitoa tarvitsevia potilaita, joiden toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista pyritään edistämään ja tukemaan. Hoitohenkilökuntaa on noin 200. Hoitotyön toimintamallina on yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajajärjestelmä. Suurin osa potilaista tulee jatkohoitoon erikoissairaanhoidon yksiköistä, mutta osa myös suoraan kotoa. Sairaalassa on kahdeksan 19–28-paikkaista vuodeosastoa, jotka ovat profiloituneet hoitamaan konfuusio-, tutkimus- ja kuntoutus-, lonkkamurtuma-, infektio-, aivohalvaus-, haava-, saattohoito-, ja pitkäaikaista kuntoutusta tarvitsevia potilaita. Lisäksi sairaalassa toimii geriatriin vastanotto ja päiväsairala. Vuonna 2007 hoidetuista potilaista oli alle 65-vuotiaita 21 %, yli 75-vuotiaita 54 % ja yli 85-vuotiaita 22 %. Keskimääräinen hoitoaika vuodeosastoilla oli 47 vuorokautta. Sairaalasta kotiutuu n. 20–30 potilasta/viikko. Kotiutusprosessiin osallistuu yleensä kyseisen osaston moniammatillinen työryhmä. Kotiutus hoitajaa käytetään erityisen haasteellisissa kotiutumisissa. Sairaalan nykyinen kotiutusprosessikuvaus on kuvattu liitteessä (liite 1).

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

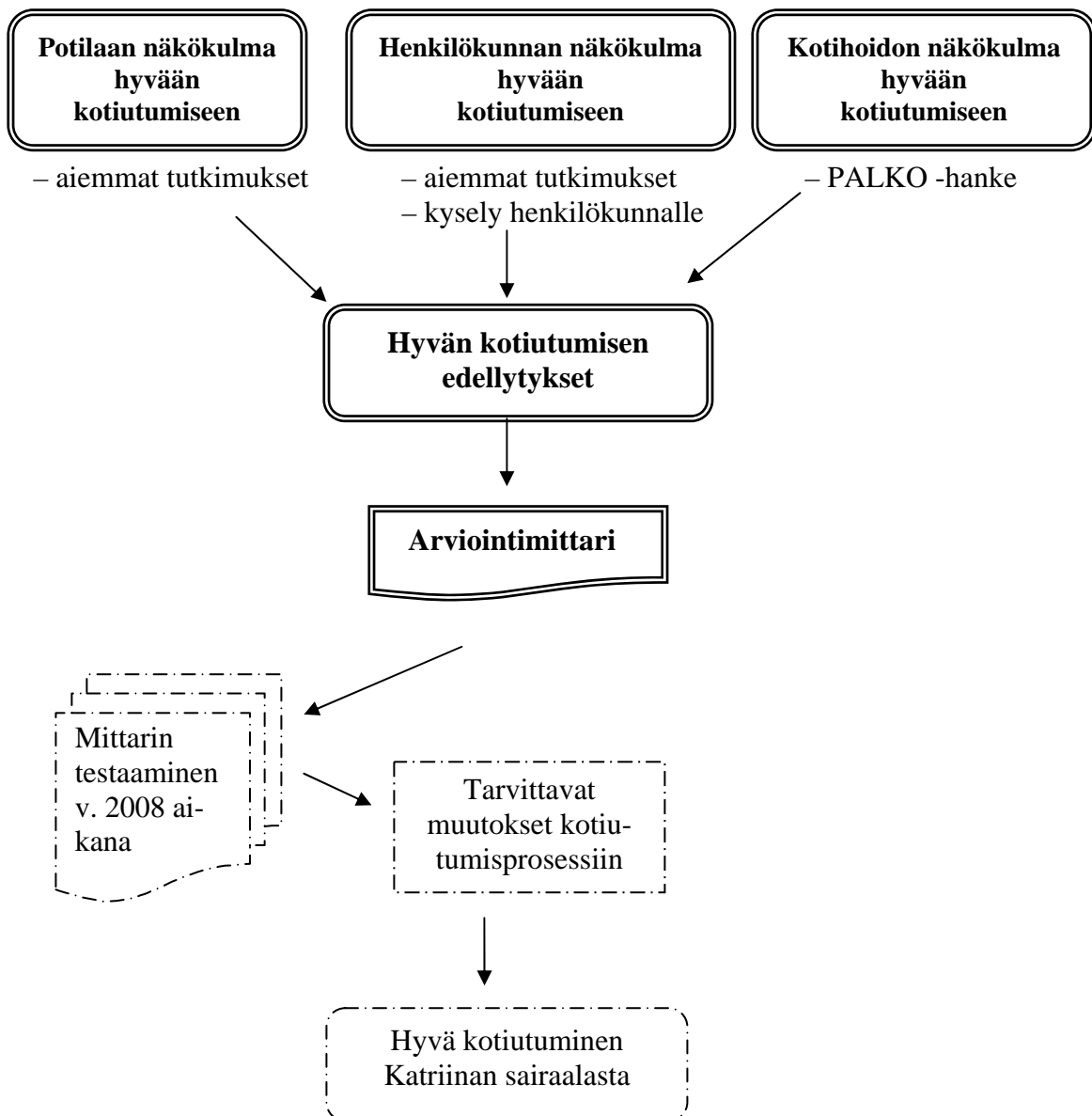
Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kehittää terveystieteiden sairaalan kotiutusprosessia laatimalla hyvän kotiutumisen arviointiin käytettävä mittari. Työn tarkoituksena on kuvata terveystieteiden sairaalan hyvän kotiutumisen edellytykset potilaan, sairaalan henkilökunnan ja kotihoidon näkökulmista, ja laatia näiden edellytysten pohjalta hyvää kotiutumista arvioiva mittari.

Tutkimustehtävät ovat:

- 1) Mitkä tekijät potilaat näkevät hyvän kotiutumisen edellytyksinä aiempien tutkimusten perusteella?
- 2) Mitkä tekijät sairaalan henkilökunta näkee hyvän kotiutumisen edellytyksinä aiempien tutkimusten ja kyselyn perusteella?

- 3) Mitkä tekijät kotihoito näkee hyvän kotiutumisen edellytyksinä PALKO -hankkeen perusteella?
- 4) Laatia edellä olevien edellytysten perusteella hyvän kotiutumisen arviointiin käytettävä mittari.

Alla olevassa kuviossa on kuvattu tämän kehittämishankkeen eteneminen. Tässä opinnäytetyössä toteutettavat osiot on esitetty tummennettuna.



KUVIO 2. Kehittämistyön eteneminen

4 MENETELMÄT

4.1 Aineiston hankinta

Aloitin aineiston hankinnan kirjallisuuskatsauksella hakemalla kotimaisten yliopistojen potilaiden sairaalasta kotiutumiseen liittyvät opinnäytetyöt viimeisen kymmenen vuoden ajalta sekä etsimällä ulkomaisia tutkimuksia PubMed – tietokannasta. Hakusanana käytin ”patient discharge” rajaten tarkastelun englanninkielisiin, 10 vuoden sisällä tehtyihin tutkimuksiin ja yli 45-vuotiaisiin potilaisiin. Aineistoa täydensin vielä tutkimuksilla, joita mainittiin useammassa muussa tutkimuksessa. Lopullisesti mukaan valikoitui yhdeksän kotimaista ja kuusi ulkomaista tutkimusta, yhteensä 15 tutkimusta potilasnäkökulmasta (liite 2) sekä 10 tutkimusta henkilökunnan näkökulmasta, joista viisi oli kotimaista ja viisi ulkomaista tutkimusta (liite 3). Samat asiat alkoivat esiintyä aineistossa useaan kertaan, joten tämä oli mielestäni riittävä määrä. Kvalitatiivisen aineiston keruussa käytetään aineiston riittävyyteen viittaavaa saturaation käsitettä. Aineistoa aletaan kerätä päättämättä etukäteen määrää. Aineisto on riittävä, kun samat asiat alkavat kertaautua. Tällöin on tapahtunut saturaatio. Tietty määrä aineistoa tuo esiin teoreettisesti merkittävän tuloksen. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2004: 171.)

Aiempien tutkimusten antaman henkilökunnan näkökulman laajentamiseksi tein sähköpostikyselyn 14 sairaalan eri ammattiryhmiä edustavalle tiedonantajalle heidän työsähköpostiosoitteeseensa. Näillä kaikilla henkilöillä oli työnsä kautta laaja kokemus potilaan sairaalasta kotiutumisesta. Kysymykset muodostin aikaisempien tutkimusten, oman näkemykseni ja tutkimustehtävien perusteella. Henkilökunnan vastattavana oli kaksi avointa kysymystä: 1) Mitkä asiat vaikuttavat mielestäsi potilaan onnistuneeseen kotiutumiseen Katriinan sairaalasta? ja 2) Millä tavalla kehittäisit nykyisiä kotiutumiskäytäntöjä Katriinan sairaalassa? Lähetin kyselyn 4.5.2007 ja uuden sähköpostimuistutuksen 29.5.2007. Vastauksia palautui 11 kappaletta, seitsemältä eri ammattiryhmältä, vastausprosentti oli 79 %.

4.2 Aineiston analyysi

Käsittelin sekä aiemmat tutkimukset sairaalasta kotiutumisesta että sairaalan henkilökunnan vastaukset sisällön analyysimenetelmällä. Tarkoituksena oli löytää aineistoista tekijöitä, jotka vaikuttivat hyvään kotiutumiseen potilaan ja hoitohenkilökunnan näkökulmista. Sisällön analyysi on tapa järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Sillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Analyysin ensimmäinen vaihe on sen analyysi- tai merkitysyksikön määrittäminen, jota aineistosta etsitään, esimerkiksi yksittäinen sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. Analyysiyksikön määrittämistä ohjaavat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Mikäli analyysiä halutaan jatkaa ryhmittelyn tai kategorioiden muodostamisen jälkeen, kategoriat voidaan kvantifioida. (Kyngäs - Vanhanen 1999: 4–5, 9.)

Tässä kehittämistyössä analyysiyksikkö oli ajatuskokonaisuus. Henkilökunnan vastauksista muodostui 11 sivua kirjoitettua tekstiä. Osa vastaajista oli kirjoittanut laajasti ja perustellen, osa kirjoitti varsin pelkistetysti. Luin tämän tekstin läpi useita kertoja etsien ajatuskokonaisuuksia, jotka olivat merkittäviä tutkimustehtävieni kannalta. Ajatuskokonaisuuksista muodostin pelkistetyt ilmaisut ja ryhmittelin samaa asiaa tarkoittavat ilmaisut omiin ryhmiinsä. Sen jälkeen laskin, kuinka monta kertaa sama asia esiintyi aineistossa. Analyysi eteni samalla tavalla aiempien tutkimusten osalta. Lopuksi yhdistin potilaiden, sairaalan henkilökunnan ja kotihoidon näkökulmista muodostuneet hyvän kotiutumisen edellytykset kriteereiksi, jotka operationalisoin arviointimittariksi.

5 TULOKSET

5.1 Hyvän kotiutumisen edellytykset potilaan näkökulmasta

Hyvään kotiutumiseen vaikuttavina tekijöinä potilaat toivat useimmiten esiin riittävän jatkohoidon ohjauksen, johon kuului tiedon saanti, ohjaus ja kotihoito-ohjeet. Tiedon saaminen esim. sairaudesta, toipumisesta, tarvittavasta levosta ja liikunnasta, lääkkeistä, kivun

hoidosta ja kotona mahdollisesti esiin tulevista asioista koettiin tärkeänä. Annetun tiedon ymmärtäminen tulisi varmistaa. Tieto siitä, keneen voi tarvittaessa ottaa yhteyttä lisää kotiutuvan potilaan turvallisuuden tunnetta. Pelkästään suulliset jatkohoito-ohjeet ovat riittämättömät, tarvitaan myös kirjallisia ohjeita esim. lääkityksestä ja siitä, mitä voi itse tehdä kuntoutumisensa eteen. Tiedon saamisen todettiin myös lisäävän potilaiden osallistumista kotiutumispäätösten tekoon.

Kotiutumisen jälkeen kotona tarvittavan avun arvioiminen ja riittävän avun järjestäminen kotiin on potilaiden mielestä tärkeä edellytys hyvälle kotiutumiselle. Arviointiin tulisi kuulua myös se, miten mahdollinen omainen pystyy avustamaan kotiutuvaa potilasta fyysisesti tai tukemaan sosiaalisesti. Avun tarpeesta tulisi syntyä yhteinen näkemys potilaan, omaisen, kotihoidon ja sairaalan henkilökunnan välillä. Kotona apua voivat antaa kotihoito, omaiset ja läheiset. Ulkomaisissa tutkimuksissa nostettiin omaisten rooli avun antajana voimakkaammin esiin kuin kotimaisissa tutkimuksissa. Avun oikeaa sisällöllistä kohdentumista, avun tarpeen ja auttamisen kohtaamista sekä sosiaalisen tuen järjestämistä tuotiin esiin muutamassa tutkimuksessa.

Hyvä, viiveetön tiedonkulku ja yhteistyö sekä omaisen ja potilaan aktiivinen osallistuminen kotiutumisen suunnitteluun ja päätöksentekoon koettiin hyvin tärkeinä. Myös kotihoidon mukanaolo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa paransi kotiutumisen onnistumista ja hoidon jatkuvuutta. Kasvokkain tapahtuvat hoitoneuvottelut ovat tehokkaita yhteistyön ja vuorovaikutuksen näyttämöitä. Yhteistyötä ja riittävää tiedonkulkua ja vuorovaikutusta tarvitaan potilaan/omaisten ja sairaalan henkilökunnan välillä, henkilökunnan välillä sairaalassa sekä sairaalan henkilökunnan ja kotihoidon välillä. Tavoitteena tulee olla potilaan selviytymistä edistävä yhteistyö. Hyvään yhteistyöhön kuuluvat myös yhteiset näkemykset ja tavoitteet. Potilaan tahto ja motivaatio kotiutua ja selviytyä kotona on oleellisen tärkeää.

Aikataulutettu kotiutumissuunnitelma nähtiin tärkeänä edellytyksenä useissa tutkimuksissa. Potilaalle on tärkeää se, että kotiutumisen huolellinen suunnittelu aloitetaan hyvissä ajoin, jolloin hänellä on mahdollisuus valmistautua tilanteeseen. Kotiutumisen ajankohdasta olisi hyvä antaa potilaalle arvio pian sairaalaan tulon jälkeen, ja kotiutumispäätös tulee tehdä riittävän ajoissa.

Potilaan voimavarojen arviointi ja tukeminen sekä toimintakyvyn kokonaisvaltainen arviointi ovat keskeisiä edellytyksiä hyvälle kotiutumiselle. Potilaan elämäntilanne, hänen kykynsä ja halunsa osallistua kotiutumisprosessin eri vaiheisiin arvioidaan yksilöllisesti. Myös aiemmat kotiutumiskokemukset ovat arvokasta tietoa. Toimintakyvyn huolellinen arviointi edellyttää moniammatillista yhteistyötä. Tähän arviointiin kuuluu potilaan toimintaympäristön, hänen kotiympäristönsä ja asuinolosuhteiden selvittäminen. Eräässä tutkimuksessa nostettiin esiin tarve painottaa oirekeskeisyyden sijaan voimavarakeskeisyyttä. Potilas tulisi huomioida kokonaisuutena ja vastata hänen fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja henkisiin tarpeisiin.

Potilaat nostivat esiin omahoitajan rohkaisevan ja osallistavan roolin hyvän kotiutumisen elementtinä. Potilaat kokevat erittäin tärkeänä riittävän keskustelun. Omahoitajalta odotetaan myös kannustamista ja tukemista. Fyysisten tarpeiden lisäksi potilaat kaipaavat keskustelua myös elämän laadusta, sosiaalisista rooleista ja rajoittuneista resursseista. Omahoitaja koetaan tärkeänä henkilönä kotihoitoon valmentamisessa. Potilaan kokemusta kotona selviytymisestä tulisi kuunnella ja häntä tulisi rohkaista. Moniammatillisen tiimin osallistumista kotiutumisen suunnitteluun omahoitajan tukena pidettiin hyvänä toimintatapana.

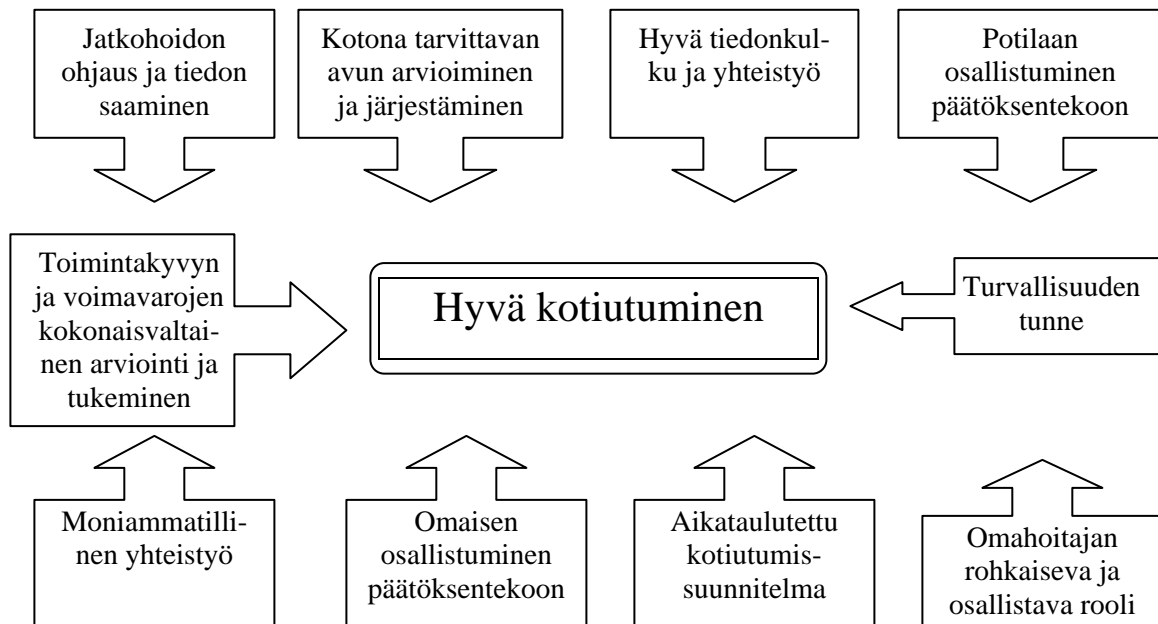
Potilaan turvallisuuden tunteen kokemus vaikuttaa kotiutumisen onnistumiseen. Potilaat kokevat turvallisuutta lisääviksi tekijöiksi hyvin erilaiset asiat. Jollekin potilaalle riittää se, että hänellä on tieto, kenelle voi soittaa tarvittaessa. Toiselle turvallisuus merkitsee apuvälineitä ja kolmannelle toista henkilöä fyysisesti paikan päällä avustamassa.

Alla olevaan taulukkoon (taulukko 1.) on koottu aiemmista tutkimuksista eniten mainintoja saaneet asiat hyvän kotiutumisen edellytyksiksi potilaiden näkökulmasta.

TAULUKKO 1. Potilaiden näkökulma hyvän kotiutumisen edellytyksiin, aiemmat tutkimukset (n=15)

| <i>Hyvän kotiutumisen edellytykset</i> | <i>Mainintojen lukumäärä</i> |
|--|------------------------------|
| Jatkohoidon ohjaus ja tiedon saaminen | 12 |
| Kotona tarvittavan avun arvioiminen ja järjestäminen | 9 |
| Hyvä tiedonkulku ja yhteistyö | 8 |
| Omaisien osallistuminen päätöksentekoon | 8 |
| Potilaan osallistuminen päätöksentekoon | 7 |
| Aikataulutettu kotiutumis-suunnitelma | 7 |
| Toimintakyvyn ja voimavarojen kokonaisvaltainen arviointi ja tukeminen | 7 |
| Omahoitajan rohkaiseva ja osallistava rooli | 7 |
| Turvallisuuden tunne | 6 |
| Moniammatillinen yhteistyö | 5 |

Hyvä kotiutuminen potilaiden näkökulmasta on kuvattu myös alla olevassa kuviossa (kuvio 3.).



KUVIO 3. Hyvän kotiutumisen edellytykset potilaiden näkökulmasta

5.2 Hyvän kotiutumisen edellytykset henkilökunnan näkökulmasta

5.2.1 Edellytykset aikaisemmista tutkimuksista

Tutkimusten perusteella hyvään kotiutumiseen vaikutti henkilökunnan mielestä eniten hyvä tiedonkulku ja yhteistyö eri tahojen kanssa. Yhteistyötä ja tiedonsiirtoa erityisesti sairaalan ja kotihoidon välillä pidettiin tärkeänä potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Jatko-hoitolähetteeseen tulisi kirjata kattavasti potilasta koskevat oleelliset tiedot. Esiin nousi myös tehokas ja riittävä tiedonsiirto ja luottamuksellinen yhteistyö sairaalan sisällä eri yksiköiden sekä omahoitajan ja muun työryhmän välillä. Potilasta tai omaista ei mainittu tiedonkulun tai yhteistyön erityisenä osapuolena.

Potilaan toimintakyvyn kokonaisvaltainen arviointi ja voimavarojen arviointi nousivat useimmissa tutkimuksissa esiin hyvään kotiutumiseen vaikuttavina tekijöinä. Potilaan sairaalan tulovaihe on myös kotiutumisen kannalta tärkeä. Selviteltäessä avun tarvetta tiedonsiirto ja hoidon jatkuvuus kotihoidon kanssa on oleellista potilaan aiemman toimintakyvyn selvittämiseksi. Varsinkin iäkkäiden henkilöiden kohdalla on tärkeää huomioida lääketieteellisten tarpeiden lisäksi heidän psykososiaaliset tarpeensa. Toimintakyvyn arvioinnissa korostui moniammatillinen arviointi. Arvioitaessa potilaan kotiutumisvalmiutta on huomioitava hänen fyysinen kuntonsa, fyysiset tarpeensa sekä psyykkinen ja henkinen tila.

Jatkohoidon ohjaus ja opetus nähtiin tärkeänä kotiutumiseen vaikuttavana tekijänä. Sanallista ohjausta ei koettu riittävänä, vaan sen tueksi tulee antaa kirjalliset jatkohoito-ohjeet. Potilailla tulisi olla tieto siitä, mihin tahoon he tarvittaessa ottavat kotona yhteyttä. Turvallisuus käsitteenä ei noussut näissä tutkimuksissa esiin.

Henkilökunnan näkökulmasta korostui koordinaattorin tarve kotiutumisprosessissa, useimmiten mainittiin omahoitaja kotiutumisen koordinaattorina. Useammassa tutkimuksessa tuotiin esiin, että omahoitajan tulisi olla kokenut, ei työssään aloittelija. Yksilövastuisen työtavan nähtiin edistävän kotiutumisen onnistumista. Omahoitajalla nähtiin olevan kotiutumisprosessissa myös potilasta rohkaiseva ja osallistava rooli. Potilas ja omaiset tarvitsevat henkilökunnalta tietoa, tukea ja ohjausta. Potilas tarvitsee myös kannustusta ja roh-

kaisua osallistuaakseen omaan hoitoonsa ja kotiutumisensa suunnitteluun. Omahoitajan antama emotionaalinen ja henkinen tuki vahvistaa potilaan henkisiä ja sosiaalisia voimavaroja. Kotiutumisprosessi tarvitsee yhden henkilön koordinoimaan kokonaisuutta, mutta yhtä monessa tutkimuksessa tuotiin esiin moniammatillisen yhteistyön tarve potilaan kotiutumis suunnitelman valmistelussa.

Kotiutumis suunnittelun mahdollisimman pikainen käynnistäminen ja kirjallinen, aikataulutettu kotiutumis suunnitelma nousivat esiin muutamassa tutkimuksessa. Kotiutumisen suunnittelun pitäisi käynnistyä mahdollisimman nopeasti potilaan sairaalaan tulon jälkeen, ja kotiutumis suunnitelmaa tulisi päivittää tarvittaessa. Kotiutumispäätös tulisi tehdä riittävän hyvissä ajoin, jolloin valmistelulle ja suunnittelulle jäisi riittävästi aikaa. Riittävän aikaresurssin järjestäminen koettiin haasteellisenä.

Hyvän kotiutumisen edellytyksenä tuotiin joissakin tutkimuksissa esiin se, että omaisen ja potilaan tulee olla keskeisesti kotiutumis suunnittelussa ja päätösten tekemisessä mukana. Tällöin pitäisi myös selvittää omaisen valmius ja mahdollisuudet osallistua potilaan arkeen. Kotona tarvittavien apujen arviointi ja riittävien apujen järjestäminen mainittiin myös muutamana kerran. Riskikotiutujille tulisi erään tutkimuksen mukaan järjestää aina jatkokuntoutusta.

5.2.2 Edellytykset henkilökunnan kyselystä

Henkilökunnan mielestä keskeisimmin hyvää kotiutumista edesauttaa hyvä tiedonkulku ja yhteistyö. Jo sairaalaan tulovaiheessa tulee hyödyntää omaisten ja kotihoidon tiedot potilaan aiemmasta toimintakyvystä. Oleellista olisi yhteistyössä saada aikaan yhteiset näkemykset ja tavoitteet. Potilaalla, omaisilla ja sairaalan henkilökunnalla tulee olla yhtenevä käsitys potilaan toimintakyvystä ja kotikuntoisuudesta. Kaikkien osapuolten tulee myös sitoutua tehtyihin päätöksiin. Hyvää tiedonkulkua kaikkien kotiutumisprosessiin osallistuvien välillä esim. aikataulutuksen, käytännön järjestelyiden ja työnjaon osalta pidettiin tärkeänä sekä sairaalan sisällä että sairaalan ja kotihoidon välillä. Myös oman osaston sisäinen sujuva yhteistyö ja tiedonvälitys nähtiin tärkeänä. Ennen kaikkea yhteistyö ja riittävät keskustelut

lut potilaan ja omaisten kanssa nähtiin oleellisena edellytyksenä kotiutumisen onnistumiselle. Omaisiin tulisi luoda mahdollisimman pian aktiivisesti kontaktia.

”Kotiutumisen onnistuminen vaatii yhteistyötä potilaan ja omaisten kanssa.”

Säännölliset hoitokokoukset nähtiin keskeisenä yhteistyömuotona, varsinkin haasteellisissa kotiutumisissa koettiin tarvittavan moniammatillista näkemystä ja tietämystä. Kotihoidon toivottiin osallistuvan aktiivisesti näihin kokouksiin. Yhdessä avopuolen kanssa tehdyt kotikäynnit koettiin myös tarpeellisina. Hyvän kotiutumisen edellytyksenä nähtiin myös tarpeellisen tiedon välittäminen potilaan toimintakyvystä ja jatkosuunnitelmista jatkohoidon vastuuhenkilöille ja omaisille.

”Kotiutuessa annetaan tietoa potilaan toimintakyvystä, sairaudesta sekä tulevista suunnitelmista jatkohoidon yhteyshenkilöille, jotka tulevat olemaan läsnä potilaan elämässä, esim. kotihoito, omainen, sosiaalityöntekijä, tk-lääkäri ja päiväpalvelun tuottaja.”

Toimintakyvyn kokonaisvaltainen, moniammatillinen arviointi nousi tärkeänä hyvän kotiutumisen edellytyksenä henkilökunnan vastauksissa. Potilaan aiemman toimintakyvyn, elämäntyylin ja aikaisempien apujen selvittäminen koettiin varsin tärkeänä. Vastauksissa korostettiin myös arvion huolellista kirjaamista ja päivittämistä. Yhteistyö kotihoidon kanssa vähentää päällekkäistä tekemistä. Kotikäynneillä nähtiin saatavan paljon tietoa potilaan toimintakyvystä. Yksi vastaaja toi esiin kotilomakokeilut ennen kotiutumispäätöstä. Toimintakyvyn arvioon kuuluvat myös apuvälinearvio sekä potilaan kotona tehtävä arvio mahdollisista asunnon muutostöistä.

*”Miten potilas hahmotetaan, hänen sairautensa ja sen aiheuttama toiminnanvaja-
us.”*

Kotiutumisen suunnittelun käynnistyminen mahdollisimman nopeasti potilaan sairaalaan saapumisen jälkeen sekä aikataulutettu kirjallinen kotiutumis suunnitelma nähtiin edellytyksinä hyvälle kotiutumiselle. Omaisiin ja kotihoitoon tulisi olla kotiutumisen suhteen aikaisessa vaiheessa yhteydessä. Kotiutumiselle tehdään selkeästi sovittu aikataulu, jota säännöllisesti päivitetään. Kuntoutuskokoukset nähtiin hyvänä paikkana tarkistaa kotiutumis suunnitelmaa. Kotiutumisprosessi tarvitsee yhden vastuuhenkilön koordinoimaan moniammatillisen ryhmän työtä, useimmiten tässä roolissa nähtiin potilaan omahoitaja.

”Kotiutusprosessin tulisi olla itsestäänselvyys ja alkaa heti, kun potilas on tullut osastolle.”

”Yksi, jolla langat käsissä, tehtävän jako – kaikilla tiedossa kuka hoitaa mitäkin ja jokainen hoitaa kans oman osuutensa.”

Potilaan ja omaisten hyvä ohjaus ja riittävä tieto sairaudesta ja sen kulusta, jatkohoito-ohjeista, lääkkeistä ja liikkumisesta vaikutti vastaajien mielestä hyvään kotiutumiseen. Tärkeää oli myös tieto, mihin tahoon potilas ja omaiset voivat tarvittaessa ottaa yhteyttä ja mistä saa apua. Kotona tarvittavien apujen selvittäminen ja järjestäminen valmiiksi ennen kotiutumista nähtiin tärkeänä. Erityisesti aikaa vaativien asunnon muutostöiden riittävän varhainen vireillepano mainittiin vastauksissa.

”Tarvittavat avut, tuet, apuvälineet, muutostyöt hoidettu hyvin ja ajoissa.”

Potilaan kotiutumista tukevat asenteet vaikuttivat vastaajien mielestä osaston kotiutumiskulttuuriin. Kaikkiin kotiutumista ja kuntoutumista tukeviin asioihin tulisi osastolla kiinnittää huomiota.

”Näkyä, ettei kotiin menoa pidetä aina ensimmäisenä vaihtoehtona, vaan lähdetään ajattelemaan laitossijoittumista, vaikkei ole perehdytty tarkemmin pt:n/perheen/omaisen tilanteeseen.”

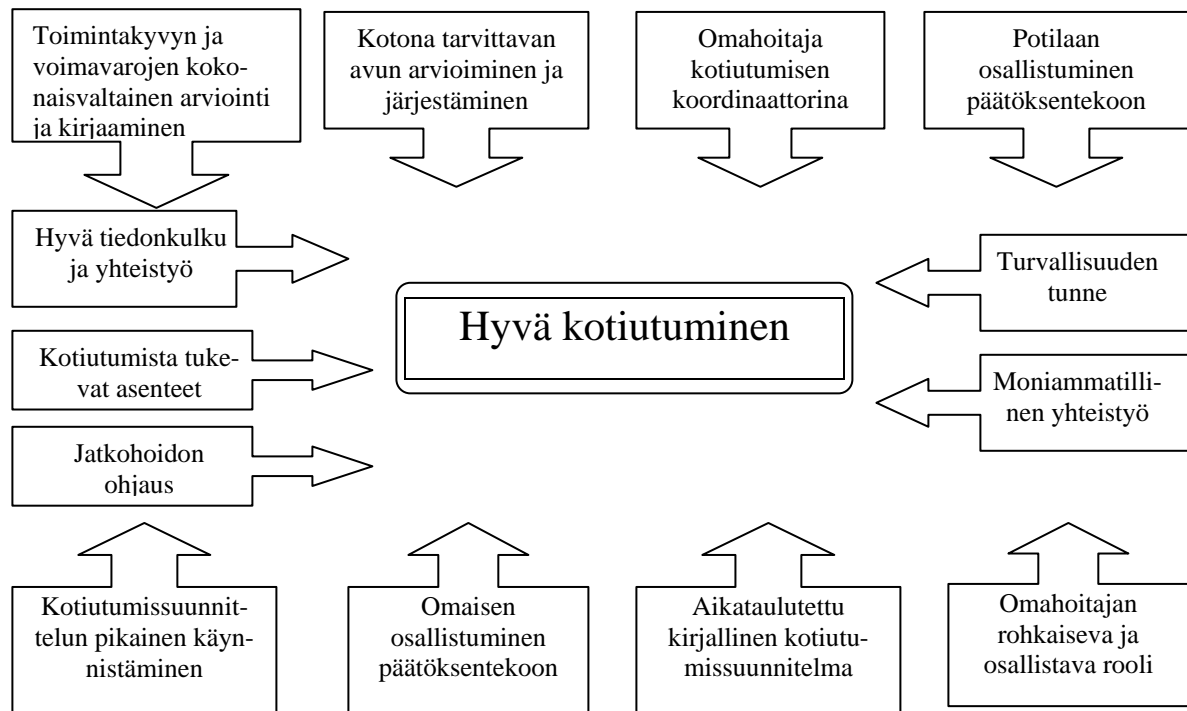
Kotiutushoitajat mainittiin muutamassa vastauksessa. Yksi vastaaja toi esiin tärkeänä kotiutumiseen vaikuttavana tekijänä sen, että potilaalla on turvallinen olo sairaalasta lähtiessään.

Alla olevaan taulukkoon (taulukko 2.) on koottu aiemmista tutkimuksista ja henkilökunnan vastauksista eniten mainintoja saaneet asiat hyvän kotiutumisen edellytyksiksi.

Hyvä kotiutuminen henkilökunnan näkökulmasta on kuvattu myös alla olevassa kuviossa (kuvio 4.).

TAULUKKO 2. Henkilökunnan näkökulma hyvän kotiutumisen edellytyksiin, aiemmat tutkimukset (n=10) ja henkilökunnan vastaukset (n=11)

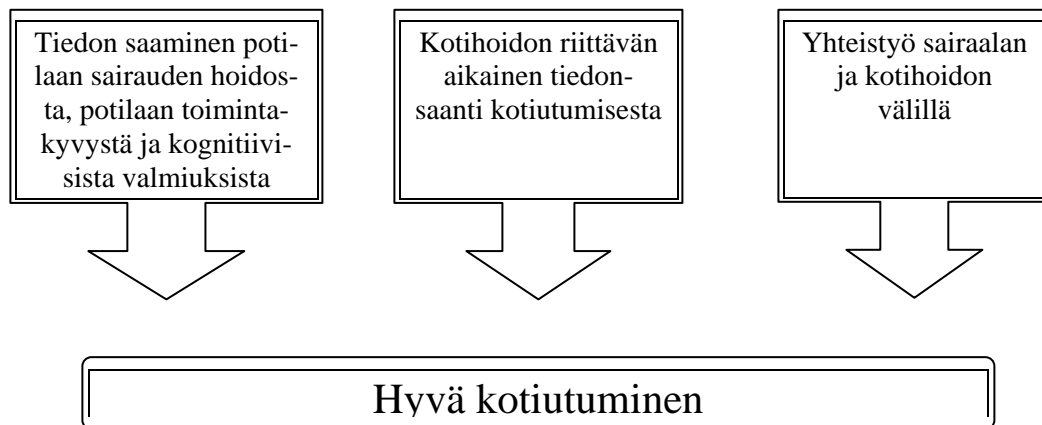
| <i>Hyvän kotiutumisen edellytykset</i> | <i>Mainintojen lukumäärä, tutkimukset</i> | <i>Mainintojen lukumäärä, hk- vastaukset</i> |
|---|---|--|
| Hyvä tiedonkulku ja yhteistyö | 10 | 11 |
| Toimintakyvyn ja voimavarojen kokonaisvaltainen arviointi | 6 | 10 |
| Jatkohoidon ohjaus | 6 | 5 |
| Omahoitaja kotiutumisen koordinaattorina | 5 | 5 |
| Kotiutumista tukevat asenteet | - | 5 |
| Moniammatillinen yhteistyö | 5 | 4 |
| Kotiutumis suunnittelun pikainen käynnistäminen | 3 | 6 |
| Aikataulutettu, kirjallinen kotiutumis suunnitelma | 3 | 4 |
| Omahoitajan rohkaiseva ja osallistava rooli | 3 | - |
| Omaisien osallistuminen päätöksentekoon | 3 | - |
| Potilaan osallistuminen päätöksentekoon | 2 | - |
| Kotona tarvittavan avun arviointi ja järjestäminen | 2 | 4 |
| Turvallisuuden tunne | - | 1 |



KUVIO 4. Hyvän kotiutumisen edellytykset henkilökunnan näkökulmasta

5.3 Hyvän kotiutumisen edellytykset kotihoidon näkökulmasta

Hyvän kotiutumisen edellytyksiksi kotihoidon näkökulmasta on valittu PALKO -hankkeen osatutkimuksesta (Grönroos-Perälä 2005: 288, Grönroos - Perälä 2006: 31) tiedon saanti potilaan sairauden hoidosta, potilaan toimintakyvystä ja kognitiivisista valmiuksista, kotihoidon riittävän aikainen tiedonsaanti kotiutumisesta ja yhteistyö sairaalan ja kotihoidon välillä (kuvio 5.).



KUVIO 5. Hyvän kotiutumisen edellytykset kotihoidon näkökulmasta

5.4 Henkilökunnan ehdotukset sairaalan kotiutumiskäytäntöjen kehittämiseksi

Henkilökunnan vastauksista (n=11) osassa viitattiin kehitettävään alueeseen yleisemmin, osassa oli esitetty konkreettisia keinoja kehittää sairaalan kotiutumisprosessia. Yhdessä vastauksessa esiintyi yleisesti useampia kehittämiskeinoja ja -alueita. Kuntoutuskokousten kehittäminen nousi useissa (n=6) vastauksissa selkeästi kehittämiskohteeksi. Kuntoutuskokouksilta toivottiin sisällöllistä kehittämistä, tavoitteellisuutta, ryhdikkyyttä, selkeitä päätöksiä esim. kotiutusaikataulusta ja vastuiden sopimista.

”Nykyisten kaoottisten kuntoutuskokousten sijaan jotain kevennettyä, riisutumpaa kokouskäytäntöä”

”Enemmän selkeitä päätöksiä, mitkä ovat koko työryhmän tiedossa, esim. kotilomat selkeästi sovitaan tietyille päiville, eikä vaan ”ensi viikolle”

Kotiutumissuunnittelun aloittaminen nykyistä aikaisemmin, mahdollisimman pian potilaan tultua sairaalaan tuotiin esiin useassa vastauksessa (n=4). Tähän liittyen pari vastaajaa toi esiin potilaan paremman valmistelun kotiutumiseen. Sairaalaan kaivattiin yhtenäistä kotiutumisen tapaa ja yhteisiä toimintalinjoja. Vastaajien mielestä osastojen käytännöt vaihtelivat. Erilaisten kotiutumispolkujen hahmottelu ja dokumentointi tuotiin esiin, *”jottei pyörää tarvitsisi aina keksiä uudelleen”*.

Kotihoidon varhainen osallistuminen kotiutumisen suunnitteluun ja yhteiset neuvottelut nostettiin esiin. Näissä tapaamisissa olisi vastaajien mielestä tärkeää selventää mm. se, mitä toiselta osapuolelta odotetaan puolin ja toisin. Kotihoidolta toivottiin parempaa tavoitettavuutta puhelimitse. Eräässä vastauksessa nähtiin mahdollisuuden tehostettuun kotihoitoon muutamaksi päiväksi kotiutumisen jälkeen parantavan kotiutumisprosessia.

Omahoitajien roolia kotiutumisprosessissa haluttiin vahvistaa. Prosessin koordinointi vähentäisi päällekkäisiä tekemisiä ja tietokatkoksia. Potilaan tulohaastattelun ja kirjaamisen merkitystä tulisi vielä nykyistäkin enemmän korostaa. Hoitohenkilökunnan osallistumista kotikäynneille pidettiin toivottavana. Parissa vastauksessa kaivattiin lääkäriltä aktiivisempaa roolia *”kuntoutusprosessin kipparina”*.

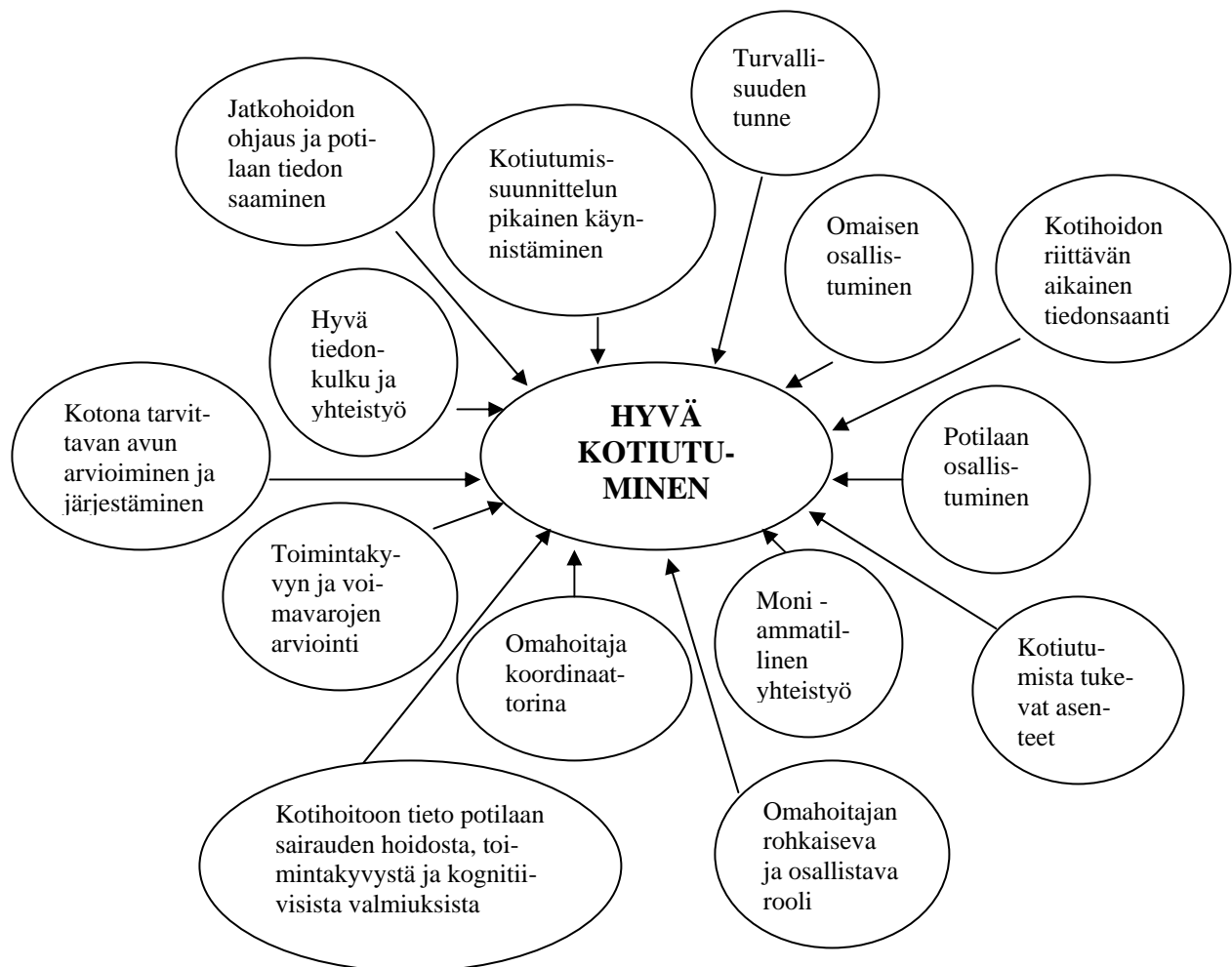
Koulutusta kaivattiin potilaan kohtaamisesta ja potilaan voimavarojen tukemisesta. Kehittämisen kohteena nähtiin nykyistä avoimempi keskustelu potilaan ja omaisen kanssa sekä omaisten parempi mukaanotto kotiutumisten suunnitteluun. Osaston toimintaympäristönä ja henkilökunnan toiminta tulisi olla kuntouttavaa tukeakseen kotiutumisprosessia. Asenteisakin on välillä tarkistamisen paikka.

”Tulisi entisestään korostaa kuntouttavaa työtettä. Ei esim. vuodepesuja, alusastia tms.”

5.5 Hyvän kotiutumisen edellytykset ja kotiutumisen arviointiin käytettävä mittari

Hyvän kotiutumisen edellytyksinä tuli eri näkökulmista esiin osin samoja asiakokonaisuuksia, joten lopuksi nämä edellytykset on yhdistetty arviointimittarin kehittämisen pohjaksi. Potilaan, sairaalan henkilökunnan ja kotihoidon näkökulmat hyvän kotiutumisen edellytyksiin esitetään vielä koottuna liitteessä 4.

Hyvän kotiutumisen edellytykset tässä kehittämistyössä ovat 1) hyvä tiedonkulku ja yhteistyö potilaan, omaisen, sairaalan ja kotihoidon välillä, 2) kotiutumis suunnittelun pikainen käynnistäminen ja aikataulutettu kotiutumis suunnitelma, 3) omaisen osallistuminen päätöksentekoon, 4) potilaan osallistuminen päätöksentekoon, 5) toimintakyvyn ja voimavarojen kokonaisvaltainen arviointi ja kirjaaminen, 6) omahoitaja kotiutumisen koordinaattorina, 7) omahoitajan rohkaiseva ja osallistava rooli, 8) kotiutumista tukevat asenteet, 9) moniammatillinen yhteistyö, 10) kotihoidon riittävän aikainen tiedonsaanti kotiutumisesta, 11) kotihoitoon tieto potilaan sairauden hoidosta, toimintakyvystä ja kognitiivisista valmiuksista, 12) jatkohoidon ohjaus ja potilaan tiedon saaminen, 13) kotona tarvittavan avun arvioiminen ja järjestäminen ja 14) potilaan turvallisuuden tunne (kuvio 6.).



KUVIO 6. Hyvän kotiutumisen edellytykset

Tässä kehittämishankkeessa hyvän kotiutumisen arviointimittari on kyselylomake, jonka avulla potilaan omahoitaja arvioi kotiutumisen edellytysten toteutumista potilaan kotiututtua sairaalasta. Arviointimittari muodostuu 14 osa-alueesta, jotka esitetään 88 väittämän muodossa. Arviointimittarin väittämät muodostettiin operationalisoimalla hyvän kotiutumisen edellytykset, joista jokainen muodostaa mittarissa yhden osa-alueen. Osa-alueet operationalisoitiin palaamalla takaisin aineistoon ja etsimällä aiemmista tutkimuksista ja henkilökunnan vastauksista sisältöä kotiutumisprosessin konkretisoimiseksi. Väittämien toteutumista arvioidaan viisiportaisella Likert-asteikolla. Arviointimittari on liitteenä (liite 5).

6 POHDINTA

6.1 Luotettavuus

Luotettavuuskysymykset tässä opinnäytetyössä kohdistuvat siihen, miten aineisto on hankittu, miten aineisto on analysoitu, sekä miten työ on raportoitu. Tekijän tulee kertoa mahdollisimman tarkasti, mitä hän on tutkimuksessaan tehnyt ja miten päätynyt saatuihin tuloksiin. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Laadullisen aineiston analyysissä on keskeistä luokittelujen tekeminen. Tämän työn raportointi on pyritty tekemään niin, että lukijalle muodostuu kuva kehittämishankkeen etenemisestä. (Hirsjärvi ym. 2004: 216–217.)

Kotiutumisesta tehdyt kotimaiset tutkimukset olivat valtaosin pro gradu-opinnäytetöitä, joiden aineistot ovat useimmiten pieniä ja paikallisia. Mukaan otetuissa tutkimuksissa nousivat kuitenkin samat asiat toistuvasti esiin, joten se puolustaa näiden tutkimusten mukaanottoa. Ulkomaisten tutkimusten hyödyntäminen hyvän kotiutumisen edellytyksiä etsittäessä mietitytti alussa mm. eri maiden kulttuuristen erojen ja erilaisten sosiaali- ja terveysjärjestelmien takia. Potilaan ja hoitohenkilökunnan näkökulmat eivät kuitenkaan oleellisesti eronneet kotimaisista tutkimuksista, joten myös näiden tutkimusten mukanaolo on perusteltua. Ulkomaisissa tutkimuksissa oli kotimaisia suuremmat aineistot, ja ne olivat laadukkaasti raportoituja.

Kylmän ja Juvakan (2007: 104) mukaan sähköpostia voi hyödyntää laadullisen tutkimuksen aineiston keruussa. Menetelmä sopii rajatulle ryhmälle ja rajatussa kysymyksenasettelussa. Sähköpostikyselyn etuna on mm. se, että aineiston saa valmiina kirjallisessa muodossa. Menetelmän haittana nähdään henkilökohtaisen kontaktin puuttuminen tutkimuksen tekijän ja osallistujien välillä. Sähköpostikyselyssä kannattaa käyttää lyhyitä avoimia kysymyksiä. Aineistonhankintamenetelmänä avoimet kysymykset mahdollistivat, että vastaajat voivat vapaasti kirjoittaa ja perustella näkemyksiään sekä tuoda esiin kokemuksiaan (Hirsjärvi ym. 2004: 190). Henkilökunnan sähköpostikysely suunnattiin henkilöille, joilla kaikilla oli useampien vuosien työkokemus kotiutumisprosessista. Näin voitiin ajatella, että he olivat oikea tiedonantajaryhmä. Henkilökunnalle suunnatussa kyselyssä kysyttiin onnistuneeseen kotiutumiseen vaikuttavia tekijöitä, käsitteiden täsmentyessä termi muuttui hyvään kotiutumiseen. Käsitteen muuttamisen vaikutus vastauksista muodostettuihin kotiutumisen edellytyksiin ja työn luotettavuuteen mietitytti, mutta tekijä päätteli vastausten olevan luotettavia, koska niissä esiin tulevat asiat olivat pitkälti samankaltaisia kuin aiempien tutkimusten tuomat tulokset.

Työn lopullinen tulos oli arviointimittarin kehittäminen potilaan sairaalasta kotiutumiselle. Tämän arviointimittarin koekäyttö ja testaaminen jäivät suoritettaviksi tämän työn ulkopuolella. Kotiutumisen arviointimittaria on tarkoitus testata terveystieteiden sairaalassa vuoden 2008 aikana, ja sen jälkeen mahdollisesti karsia kyselylomakkeesta liioja väittämiä pois. Luotettavan mittarin kehittämis- ja testausprosessi jatkuu vuosia. Kotiutumisen edellytysten operationalisointi oli haastavaa, ja perustui pitkälti tekijän omaan harkintaan. Operationalisoinnin onnistuminen vaikuttaa luotettavuuteen, sen arvioiminen on tehtävä mittarin koekäytön jälkeen: pystyykö mittari todella arvioimaan hyvän kotiutumisen toteutumista.

6.2 Eettisyys

Tämän opinnäytetyön kirjoittamisessa ja raportoinnissa on noudatettu tutkimuksen eettisyydestä annettuja ohjeita ja suosituksia. Sain tutkimusluvan vanhus- ja vammaispalvelujen tulosaluejohtajalta huhtikuussa 2007. Sairaalan henkilökunnalle tehtyyn sähköpostikyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista, ja vastanneet voivat itse valita vastaamisajankoh-

dan. Kyselyn saatteessa kerrottiin työn tarkoitus ja tavoitteet. Vastausaikaa oli riittävästi, mikäli halusi osallistua. Vastaukset olivat ainoastaan työn tekijän saatavissa. Sähköpostit tuhottiin, ja paperitulosteet silputtiin aineiston analysoinnin jälkeen. Koska kyselyyn vastanneiden määrä oli suhteellisen pieni, oli tärkeää, ettei raportoinnissa yksittäistä vastaajaa kyetä tunnistamaan. Mielestäni käsittelemäni aihe on tärkeä, hyvin ajankohtainen ja hyödyttää niin potilaita kuin henkilökuntaakin työn ja toimintatapojen kehittämisessä.

6.3 Tulosten tarkastelua

Lähtökohtana tässä opinnäytetyössä oli tarkastella kotiutumista potilaan, henkilökunnan ja kotihoidon näkökulmista. Eri näkökulmista löytyi kotiutumisen edellytyksinä pitkälti samoja asioita, mutta painotus oli erilainen tarkasteltaessa asiaa potilaan tai henkilökunnan näkökulmasta, esim. yhteistyön, osallisuuden, tiedon saamisen ja kotiin järjestettävien apujen osalta. Kotihoidon osalta painottui yhteistyö, riittävän aikaisin saatu tieto kotiutumisesta ja riittävän tiedon välittyminen. Oleellista eroavuutta sairaalan näkökulmaan ei ollut.

Ulkomaisten ja kotimaisten tutkimusten rinnastaminen mietitytti alkuvaiheessa. Näissä tutkimuksissa ei noussut kuitenkaan esiin suuria eroja. Huomioni kiinnittyi siihen, miten samat asiat nousevat epäkohtina esiin riippumatta siitä, oliko tutkimus tehty -80, -90 tai 2000-luvulla. Myös ulkomaisissa ja kotimaisissa tutkimuksissa tuli esiin hämmästyttävän paljon samoja asioita. (ks. Atwall 2002; Mistiaen ym. 1997.) Lääkärien roolin kotiutumisprosessissa toi esiin useampi ulkomainen tutkija (esim. Roberts 2002), mutta suomalaisissa tutkimuksissa lääkäreiden roolia pohdittiin vain yhdessä v. 2007 tehdyssä tutkimuksessa.

Sujuvan yhteistyön merkityksestä hyvän kotiutumisen edellytyksenä oltiin yhtä mieltä. Tutkimukset henkilökunnan näkökulmasta eivät tuoneet potilasta tai omaisia esiin erityisinä yhteistyökumppaneina, kun taas potilaiden näkökulmasta tämä puoli nousi voimakkaasti esiin. Myös henkilökunnan vastauksissa potilaat ja omaiset tuotiin esiin tärkeinä yhteistyötahoina. Ulkomaisissa tutkimuksissa nousi kotimaisia selvemmin esiin omaisten rooli kotiutumisen yhteydessä. Potilaat myös kokivat omaiset selkeämmin tärkeimmiksi avun antajikseen. Tätä voivat selittää esim. kotihoidon erilaiset toimintatavat eri maissa, mutta myös perheyhteisön erilainen merkitys eri kulttuureissa.

Potilaiden ja omaisten osallistuminen päätöksentekoon tuli esiin muutamissa tutkimuksissa, mutta ei henkilökunnan vastauksissa. Tämäkin edellytys korostui potilasnäkökulmasta. Mikäli toimitaan potilaskeskeisesti, jokainen potilas tulee kohdata yksilöllisesti ja huomioida juuri hänen halukkuutensa ja mahdollisuutensa osallistua kotiutumisprosessin eri vaiheisiin (ks. esim. Roberts 2002). Potilaan tahto ja motivaatio kotiutua on oleellista hyvälle kotiutumiselle, ja hänen pitäisi aina olla kotiutumisensa keskushenkilö. Omahoitaja voi toiminnallaan merkittävästi tukea potilaan kotiutumisvalmiutta keskustelemalla ja rohkaisemalla, tätä häneltä odottaa potilaan lisäksi muu henkilökunta.

Toimintakyvyn kokonaisvaltainen arviointi on keskeinen edellytys hyvälle kotiutumiselle. Painotus on ollut pitkälti fyysisen toimintakyvyn mittaamisessa muiden osa-alueiden jäädessä vähemmälle. Oleellista on tieto siitä, mikä on ollut potilaan aikaisempi toimintakyky, ja miten potilas on selviytynyt ennen sairaalaan joutumistaan. Alkuhaastatteluun panostaminen ja yhteyden luominen omaisiin ja kotihoitoon jo tässä vaiheessa kotiutumisprosessia edesauttaa hyvän yhteistyön syntymistä. Toimintakyvyn määrittelyyn vaikuttaa se, mistä arvoperustasta tai viitekehyksestä asiaa tarkastellaan. Potilaan näkökulmasta nousi selvemmin esiin voimavaralähtöinen tarkastelu jäljellä olevan toimintakyvyn ja voimavarojen kautta. Henkilökunnan näkemyksissä painottui menetetty toimintakyky ja erilaiset toiminnanrajoitteet. Toimintakyvyn arviointiin kuuluu osana myös toimintaympäristön arviointi. Tämä tuli esiin potilasnäkökulmissa, mutta asiaa ei juurikaan pohdittu henkilökunnan näkemyksissä. (ks. myös Rosswurm – Lanham 1998.) Useissa tutkimuksissa painoutuivat selviytymisen ongelmat, ja kotiutumista tarkasteltiin ongelmalähtöisesti. Tutkimusten painotusta tulisi siirtää potilaan selviytymisen vahvistamiseen ja sitä tukevien seikkojen tarkasteluun.

Henkilökunnan näkökulmasta kotiutumissuunnittelun tulisi käynnistyä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa potilaan saavuttua osastolle. Potilaan, omaisen ja kotihoidon näkökulmasta tämä tarkoittaa mahdollisimman pian arviota kotiutumisajankohdasta. Potilaalle ja kotihoitoon tulisi ilmoittaa jo hoitosuunnitelmaa laadittaessa arvioitu kotiutumisaikataulu, jota hoitojakson edetessä täsmennetään. Kotihoidon riittävän aikainen mukana olo päätösten teossa ja kotiutumisen valmistelussa edesauttaa yhteisten näkemysten löytymistä ja hyvää kotiutumista.

Kotona tarvittavan avun ja tuen oikea sisällöllinen kohdentuminen (ks. Koponen 2003) on tärkeää mietittäessä iäkkään henkilön kotona selviytymistä sekä sairaalassa että kotihoiossa. Potilaalta tulee selvittää, millä tavalla hän haluaa tulla autetuksi, jos toimintakyky on kotiutumisvaiheessa puutteellinen. Potilaan tulee tietää, mitä häneltä kotiutumisvaiheessa edellytetään. Apua tarjotaan konkreettisiin toimenpiteisiin varsin tehtäväkeskeisesti, esim. lääkityksen järjestelyt ja haavahoidot. Potilaan psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin vastaaminen ja näissä asioissa tukeminen jäävät vähäisemmälle, ja kuitenkin näiden seikkojen merkitys potilaan kotona selviytymisen kannalta voi olla fyysistä puolta merkityksellisempi. Tässä on haastetta myös kotihoion sisällölliseen tarkasteluun.

Varsinkin hoito-ohjeita annettaessa tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota siihen, miten iäkkäiden henkilöiden tiedon mieleen painamisen vaikeutuminen voi heikentää muistamista ja uuden tiedon vastaanottamiskykyä. Tiedon jakaminen tulisi annostella oikein, ja eri keinoin varmistaa se, että henkilö on ymmärtänyt saamansa hoito-ohjeet ja, että hän tietää ja ymmärtää, miten hänen tulisi jatkossa toimia. Ohjeiden saaminen kirjallisena helpottaa niihin myöhemmin palaamista. Mikäli omaisella on kotiutumisen tukemisessa merkittävä rooli, tulee ohjaus huomioida myös hänen kohdallaan.

Sairaalan henkilökunnalle suoritettuna kyselyn taustalla oli ajatus laajentaa tutkimuksista saatua henkilökunnan näkökulmaa. Merkittäviä eroja ei henkilökunnan näkökulmissa tutkimusten tai vastausten perusteella kuitenkaan ollut. Varsin moniammatillisen ryhmän vastaukset eivät poikenneet tutkimusten antamista tuloksista. Tutkimukset nostivat moniammatillisen osaamisen merkityksen jopa selkeämmin esiin kuin henkilökunnan vastaukset. Henkilökunnasta toi useampi esiin kotiutumista tukevat asenteet hyvän kotiutumisen edellytyksenä, aikaisemmissa tutkimuksissa tätä ei mainittu. Tulos johdattaa ajattelemaan valitsemissa asenteissa olevan mahdollisesti tarkistamisen varaa: onko potilaan kotiutuminen kaikkien ensisijainen tavoite silloin, kun se on realistista, ja tukevatko osaston toimintatavat tätä tavoitetta.

Omahoitajan merkittävä rooli kotiutumisprosessissa tuli selkeästi esiin eri näkökulmista. Kyseessä on vaativa prosessi, joka vaatii kokemusta (ks. myös Anthony – Hudson-Barr 1998). Millaiset ovat vastavalmistuneen hoitajan edellytykset koordinoita tätä prosessia? Omahoitajuus on voimakkaassa kehitysvaiheessa Katriinan sairaalassa, ja omahoitajan rooli

on muovautumassa. Tällöin tulee kriittisesti tarkastella, voivatko kaikki omahoitajat toimia kotiutumisprosessin nimettyinä vastuuhenkilöinä. Yhden henkilön toimiessa koordinaattorina tarvitaan kotiutumisprosessissa myös moniammatillista yhteistyötä. Potilaan hyvä hoito ja kotiutuminen edellyttävät työtapa, jossa eri ammattilaiset tuovat koordinoitusti osaamisensa yhteiseen käyttöön potilaan parhaaksi.

Potilaan turvallisuuden tai turvattomuuden tunne vaikuttaa vahvasti kotiutumisen onnistumiseen. Turvallisuuden kokemus on jokaiselle henkilölle yksilöllinen, ja tämä on otettava potilaan kanssa hyvissä ajoin keskusteluun ja yritettävä mahdollisuuksien mukaan huomioida kotiin järjestettävien apujen ja tukien muodossa. Kotiutumista ei kuitenkaan voi loputtomiin varmistella, vaan hallittuja riskejäkin on joskus otettava tietoisesti.

Kotiutumisprosessin samojen epäkohtien nouseminen toistuvasti esiin eri vuosikymmeninä johdattaa ajattelemaan sosiaali- ja terveydenhuollossa vallalla ollutta sektori- ja ammattikuntakohtaista johtamistapaa, jolloin koko prosessi ei ole ollut kenenkään hallussa. Työtavat kehittyvät entistä enemmän moniammatilliseen suuntaan. Moniammatillisen työn johtamisen tulisi nousta erityistarkasteluun. Kotiutumisprosessin tarkastelu esim. prosessijohtamisen viitekehyksestä voisi selkiyttää vastuuta.

6.4 Päätelmät

Tämän opinnäytetyön keskeinen tulos oli arviointimittari kotiutumisprosessin kehittämisvälineeksi. Arviointimittari on konkreettinen apuväline tarkastella kotiutumisprosessia. Mittaria voidaan käyttää mm. apuna perehdytyksessä ja keskustelun pohjana moniammatillisissa kuntoutus- ja kokouksissa. Saatua tietoa voidaan käyttää mm. potilaan kotiutumis suunnitelmien sekä työmenetelmien kehittämisessä. Mittarin käytöstä saaduilla kokemuksilla voidaan osoittaa kotiutumisprosessin kehittämis- ja koulutustarpeita. Koulutuksissa voidaan käydä läpi hyvään kotiutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Mittaria ei tulisi käyttää mekaanisena tarkistuslistana, mikä voi johtaa ajattelemaan asioita tehtäväkeskeisesti. Huomion tulisi olla laaja-alaisesti koko kotiutumisprosessissa ja sen kehittämisessä, ei ainoastaan ajatuksessa, tulivatko kaikki listalla olleet asiat hoidetuksi. Mittarista tuli melko pitkä, mutta testauksen jälkeen siitä voidaan karsia tarpeettomiksi katsottuja väittämiä pois.

Potilaiden yhä aikaisempi kotiutuminen vaatii kotona toipumisen merkityksen ymmärtämistä. Potilaan toimintakyky sairaalasta kotiutumisen jälkeen on useimmiten alentunut, ja hän tarvitsee ulkopuolista tukea ja apua. Kotiutumisten nopeutuminen merkitsee usein lisähaasteita kotihoitoon ja kuntoutusyksikköön. Jatkokuntoutuksen järjestämismahdollisuudet esim. kotiin nousevat pohdintaan entistä useammin. Myös toimintakyvyn arvioinnin yhtenäistäminen, ja yhteisten mittarien käyttö tulisi pohtia, esim. RAI -mittarin laajempi käyttö tai ICF- viitekehyksen hyödyntäminen.

Jatkotutkimusaiheina voisi jatkossa olla esim. arviointivälineen kehittäminen niille potilaille, jotka tarvitsevat erityishuomiota kotiutumisprosessissa. Ketkä ovat niitä riskikotiutujia, joihin on syytä kiinnittää erityishuomio heti sairaalajakson alusta. Mielenkiintoista olisi myös seurata kotiutumisten onnistumista esim. ½ vuoden aikana, ja selvittää niitä tekijöitä, jotka johtavat uudelleen sairaalaan joutumiseen. Kotiutumisten kehittämisessä on tärkeää tietää, miten potilaat, omaiset ja hoitohenkilökunta ajattelevat kotiutumisten toteutuneen. Tässä työssä kehitetyn arviointimittarin muokkaamista myös potilaiden ja omaisten käytettäväksi voisi miettiä.

Tämän työn tekemisen aikana olen useamman kerran pysähtynyt miettimään potilas-/asiakaskeskeisyyttä, joka oli työn yksi lähtökohdista. Asiakaskeskeisyys terveydenhuollossa on potilaita, asiakkaita, heidän omaisiaan ja läheisiään korostava näkökulma. Miten asiakaskeskeisyys oikeasti näyttäytyy nykyisissä kotiutumistilanteissa, joissa taloudelliset seikat, pula sairaalapaikoista, niukat kotihoidon resurssit ja ylikäyttömaksut tuntuvat määrittävän kotiutumisvalmiutta – ei niinkään potilaan valmius kotiutua turvallisesti.

Tämän opinnäytetyön tekeminen on ollut pitkä oppimisprosessi. Käsitteet ovat selkiytyneet, syventyneet, mutta tietyllä tavalla myös monimutkaistuneet. Aiheen rajauksessa oli tehtävä valintoja. Päädyin ottamaan mukaan useita näkökulmia rajaten kuitenkin omaisten näkökulman pois. Omaisten näkemykset on kuitenkin erittäin oleellista huomioida, ja ottaa omaiset mukaan kotiutumisen suunnitteluun. Useasta näkökulmasta johtuen saatu tieto jäi jossain määrin pinnalliseksi.

Yhteistyökysymykset ja tiedonkulun viiveettömyys koskettavat monia tahoja. Tulosten perusteella vallitsee yksimielisyys sairaalan ja kotihoidon välillä yhteistyön ja tiedon siirron merkityksestä. Kuitenkin käytännön työssä on edelleen kehitettävä toimintatapoja, jotta oikea katkeamaton hoitoketju toteutuu potilaan kotiutuessa. Kotiutumisprosessissa tarvitaan hyvää yhteistyötä ja riittävää tiedon vaihtoa eri osapuolten välillä, laaja-alaisesti tehtyä toimintakyvyn arviointia ja riittävän ajoissa moniammatillisesti, yhteisellä kielellä tehtyä kotiutumissuunnitelmaa, jossa on huomioitu myös potilaan ja omaisen näkökulmat. Kotiutumiselle tulee nimetä vastuuhenkilö, joka seuraa sovitulla tavalla kotiutumisen onnistumista. Kotiutumisen ei tule sairaalankaan näkökulmasta päättyä siihen, kun ovi potilaan takana sulkeutuu.

LÄHTEET

- Ahonen, Sari – Käyhty, Maija – Ahvo, Leea 2002: Kotoa laitokseen ja takaisin – onnistuneen kotiutuksen tunnusmerkit. Teoksessa Voutilainen, Päivi – Vaarama, Marja – Backman, Kaisa – Paasivaara, Leena – Eloniemi-Sulkava, Ulla – Finne-Soveri, Harri (toim.): Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Oppaita 49. Helsinki: Stakes. 128–132.
- Anthony, Mary – Hudson-Barr, Diane 1998: Successful Patient Discharge. A Comprehensive Model of Facilitators and Barriers. *Journal of Nursing Administration* 28 (3). 48–55.
- Atwal, Anita 2002: Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. *Journal of Advanced Nursing* 39 (5). 450–458.
- Autio, Aira 1996: Potilaan kotiuttaminen sairaalasta – potilaan ja henkilökunnan näkökulma. Pro gradu –tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Gardner, Sirpa – Arve, Sirpa – Kiviniemi, Kirsti 2002: Vanhuksen kotiutusprosessin elementit – kuvaus kotiutushoitajan toiminnasta. Turun kaupungin terveystoimen julkaisuja 3.
- Grönroos, Eija – Perälä, Marja-Leena 2005: Home care personnel's perspectives on successful discharge of elderly clients from hospital to home setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 19. 288–295.
- Grönroos, Eija – Perälä, Marja-Leena 2006: Kotiutumisen onnistuminen – kotihoidon henkilöstön näkökulma. *Sairaanhoitaja* 79 (3). 28–31.
- Haho, Päivi – Rantanen, Pinja – Sarakorpi, Aino – Sauren, Leena – Vääntinen Marika 2006: Vantaan vanhuspalveluverkosto. Osahankkeen tulokset. Espoo: TTK/SimLab.
- Hiidenhovi, Hannele 2001: Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. *Acta Universitatis Tamperensis* 833. Tampere: Tampereen yliopisto
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2004: Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Idänpään-Heikkilä, Ulla – Outinen, Maarit – Nordblad, Anne – Päivärinta, Eeva – Mäkelä, Marjukka 2000: Laatikriteerit. Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Aiheita 20. Helsinki: Stakes.
- Jewell, Sarah 1993: Discovery of the discharge process: a study of patient discharge from a care unit for elderly patient. *Journal of Advanced Nursing* 18 (8). 1288–1296.
- Jewell, Sarah 1996a: Elderly patients' participation in discharge decision making: 1. *British Journal of Nursing* 5 (15). 914–932.
- Jewell, Sarah 1996b: Elderly patients' participation in discharge decision making: 2. *British Journal of Nursing* 5 (17). 1065–1071.
- Järvikallio, Metti 2005: Ikääntyneen kotiutuminen: Laadullinen tutkimus kotiutumisen onnistumisesta yli 70-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden näkökulmasta. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Terveystieteiden laitos.
- Kaila, Minna – Mäntyranta, Taina – Lampe, Kristian 2007: Arviointitiedon mittaaminen. Teoksessa Mäkelä, Marjukka – Kaila, Minna – Lampe, Kristian – Teikari, Martti (toim.): Menetelmien arviointi. Helsinki: Duodecim. 167–172.

- Karppinen, Paula 1997: Yli 65-vuotiaiden potilaiden kotiutus akuuttisairaalaista potilaiden itsensä ja heidän omaistensa arvioimana. Pro gradu –tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Koponen, Leena 2003: Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Acta Universitatis Tamperensis 974. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007: Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999: Sisällön analyysi. Hoitotiede 11(1). 3–12.
- Leino-Kilpi, Helena – Vuorenhimo, Jaana 1992: Potilas hoidon laadun arvioijana. Raportteja 68. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus.
- Lehto, Markku 2007: Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Selvityksiä 8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Malin, Maili 1996: Kotihoito Helsingissä. Vanhusten ja henkilöstön kokemuksia. Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia 7.
- Markkanen, Päivi 2004: ”Pyörövisyndrooma” Potilaan näkökulma kotiutuksen ja kotihoiton onnistumisesta sekä syistä sairaalaan palaamiseen. Pro gradu –tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Mistiaen, Patriek – Duijnhouwer, Ellen – Wijkel, Dirk – de Bont, M – Veeger, A. 1997: The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. Journal of Advanced Nursing 25 (6). 1233–1240.
- Mäkelä, Matti – Häkkinen, Unto – Juslin, Bengt – Koivuranta-Vaara, Päivi – Liski, Antti – Lyytikäinen, Matti – Laine, Juha 2007: Sairaalaista kotiin asti. Erikoissairaanhoidosta alakneet hoitojaksoketjut pääkaupunkiseudun kunnissa. Työpapereita 3. Helsinki: Stakes.
- Männistö, Terttu 1998: Iäkkään potilaan turvallinen kotiutuminen sairaalasta. Pro gradu –tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Nieminen, Tiina 2000: Sairaalistakotiutumisprosessi vanhuksen näkökulmasta. Pro gradu –tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.
- Noro, Anja – Aro, Seppo – Jylhä, Marja – Pohjolainen, Pertti – Ruth, Jan-Erik 1992: Vanhuksen sairaalasta kotiutuminen henkilökunnan ja potilaan näkökulmasta. Raportteja 71. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus.
- Noro, Anja – Rissanen, Pekka – Laitinen, Olli – Hammar, Teija – Pöyry, Päivi 1999: Tutkimusaineistot, hoitopisodit ja episodiprofiilit. Teoksessa Rissanen, Pekka – Noro, Anja (toim.): Ikääntyvien potilaiden hoito- ja kotiuttamiskäytännöt – Rekisteripohjainen analyysi aivohalvaus- ja lonkkamurtumapotilaista. Aiheita – monistesarja 44. Helsinki: Stakes. 5–28.
- Paasivaara, Leena – Nikkilä, Juhani – Voutilainen, Päivi 2002: Saumattomuus – palvelujen kirjosta yksilölliseksi kokonaisuudeksi. Teoksessa Voutilainen, Päivi – Vaarama, Marja – Backman, Kaisa – Paasivaara, Leena – Eloniemi-Sulkava, Ulla – Finne-Soveri, Harriet (toim.): Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Oppaita 49. Helsinki: Stakes. 49–56.
- Pahikainen, Tiina 2000: Hyvä kotiuttaminen hoitajien näkökulmasta. Pro gradu –tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Pajari, Marjo 2004: Vanhuspotilaan sairaalasta kotiuttaminen kotiuttavien hoitajien ja kotihoiton työntekijöiden näkökulmasta. Pro gradu –tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos.

- Pearson, Pauline – Procter, Susan – Wilcockson, Jane – Allgar, Vicki 2004: The process of hospital discharge for medical patients: a model. *Journal of Advanced Nursing* 46 (5). 496–505.
- Perälä, Marja-Leena 1995: Potilaan hoidon laadun arviointi: laatumittarin (Qualpacs) validatio. *Tutkimuksia* 56. Helsinki: Stakes.
- Perälä, Marja-Leena – Hammar, Teija 2003: PALKOmalli – Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. *Aiheita* 29. Helsinki: Stakes.
- Perälä, Marja-Leena – Rissanen, Pekka – Grönroos, Eija – Hammar, Teija – Pöyry, Päivi – Teperi, Juha 2003: PALKO, Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito. Koeasetelma ja lähtötilanteen arviointi. *Aiheita* 27. Helsinki: Stakes.
- Perälä, Marja-Leena – Rissanen, Pekka – Grönroos, Eija – Hammar, Teija – Pöyry, Päivi – Noro, Anja – Saalasti-Koskinen, Ulla – Teperi, Juha 2004: Asiakkaan ohjausmallin arviointi. *Aiheita* 17. Helsinki: Stakes
- Perälä, Marja-Leena – Hammar Teija – Saalasti-Koskinen Ulla 2005: Intervention onnistuminen – Geneerinen PALKO-malli hoito- ja palveluketjujen tutkimuksessa. Teoksessa Miettinen, Merja – Hopia Hanna – Koponen, Leena – Wilskman, Kaarina: *Hoitotyön interventiot. Hoitotyön vuosikirja 2005*. Helsinki: Suomen Sairaanhoidotaliitto. 167–192.
- Perälä, Marja-Leena – Grönroos, Eija – Sarvi, Anu 2006: Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. *Raportteja* 8. Helsinki: Stakes.
- Pöyry, Päivi 1999: Kotisairaanhoidon ja sairaaloiden henkilöstön yhteistyö ja tiedottaminen yli 65-vuotiaan asiakkaan kotiutumisen tukemiseksi. *Pro gradu – tutkielma*. Tampere: Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Rantasalo, Katri 2007: Sairaalaan kotiin – Puhelinhaastattelu erikoissairaanhoidosta kotioidon piiriin kotiutuneille potilaille. *Pro gradu – tutkielma*. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Rauhasalo, Anneli 2003: Hoitoaika lyhenee – koti kutsuu. *Lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana*. *Studies in sport, physical education and health*. Jyväskylän yliopisto.
- Roberts, Kathryn 2002: Exploring participation: older people on discharge from hospital. *Journal of Advanced Nursing* 40 (4). 413–420.
- Rosswurm, Mary Ann – Lanham, Debra 1998: Discharge Planning for Elderly Patients. *Journal of Gerontological Nursing* 24 (5). 14–21.
- Salomaa, Erja 2004: Vanhusten kotiuttaminen perusterveydenhuollossa – hoitajien kuvaamana. *Pro gradu – tutkielma*. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Styrborn, Karin 1995: Early discharge planning for elderly patients in acute hospitals – an intervention study. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 23 (4). 273–285.
- Töyry, Eeva 2001: Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa. Mittarin kehittäminen ja käyttö. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 86. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Uusi suomen kielen sanakirja. 1998. Jyväskylä: Gummerus.
- Vesterinen, Soili 1999: Sairaalaan kotiutettavan yli 65-vuotiaan potilaan sosiaalinen tuki hoitohenkilökunnan kuvaamana. *Pro gradu – tutkielma*. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Victor, Christina – Vetter, Norman 1988: Preparing the elderly for discharge from hospital: a neglected aspect of patient care. *Age – Ageing* 17(3). 155–163.

LIITTEET

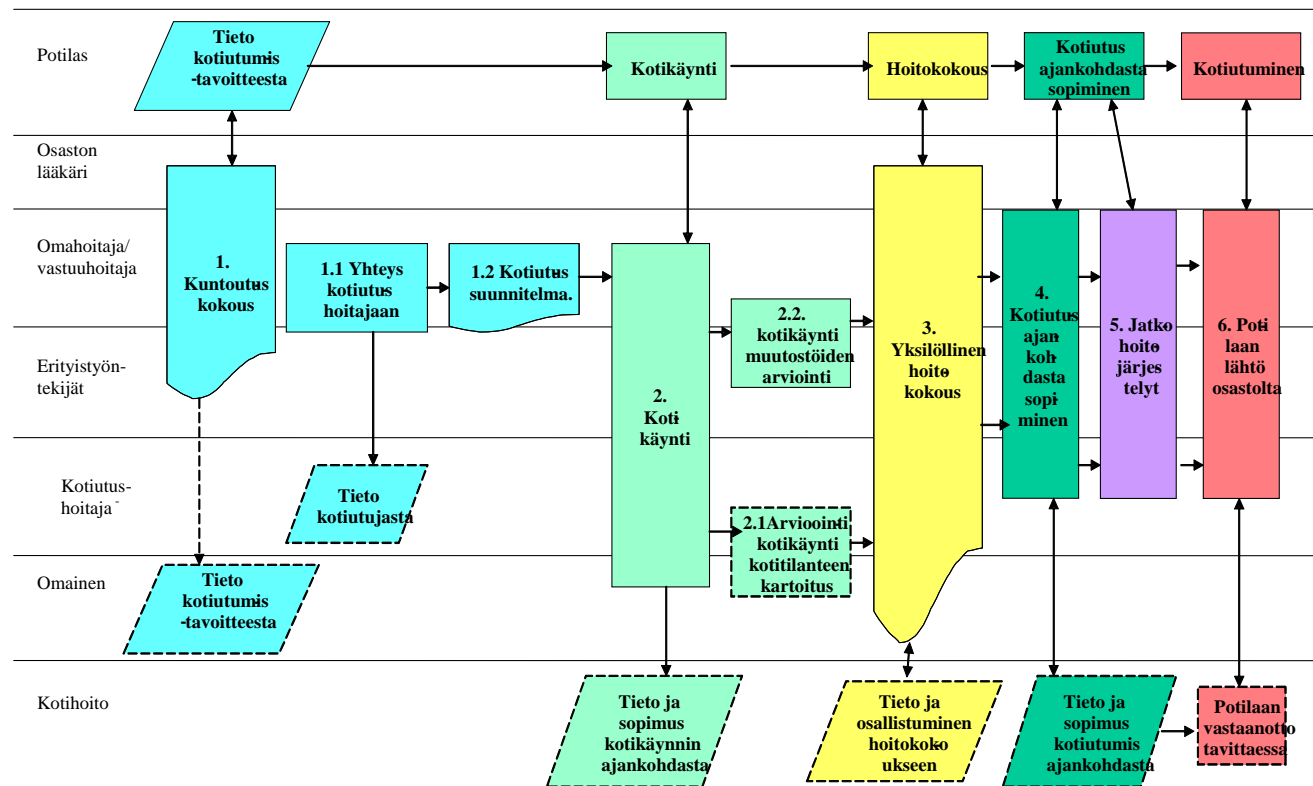
Liite 1. Nykyinen Katriinan sairaalan kotiutusprosessin kuvaus sairaalan laatukäsikirjassa

Luotu 24.5.2004

Tekijä: Laatutyöryhmä

Päivitetty: 24.5.2004

3.2.5 POTILAAN KOTIUTTAMINEN SAIRAALASTA



Katriinan sairaala/LKK/ Palveluprosessit

Hyväksytty 24.5.2004

Hyväksyjä: Johtava ylihoitaja Olli Hatakka

LIITE 12/ B

Liite 2. Tutkimukset sairaalasta kotiutumisesta potilaiden näkökulmasta

| <i>Tekijä Julkaisuvuosi Aihe</i> | <i>Aineiston keruu, otoskoko, tutkimusmenetelmät ja tutkimuskohde</i> | <i>Päätulokset</i> |
|--|---|---|
| Rantasalo Katri 2007 Sairaalasta kotiin - puhelinhaastattelu erikoissairaanhoidosta kotihoidon piiriin kotiutuneille potilaille | Tutkimusaineisto (n=14) koottiin keskussairaalasta kotihoitoon siirtyneiltä potilailta puhelinhaastattelulla tutkimusta varten laaditulla lomakkeella, joka sisälsi sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Aineisto analysoitiin sekä SPSS-ohjelmalla että sisällön analyysillä. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja analysoida potilaan kokemuksia kotiutumisesta. | Potilaat olivat pääosin tyytyväisiä kotiutumisvalmisteluihin, kotiutushoitajan toiminta koettiin erittäin tärkeänä. Tiedon saantiin oltiin tyytyväisiä, sosiaaliavustuksiin ja henkiseen jaksamiseen kaivattiin lisää tietoa. Tieto kotiutumisesta tuli joko kotiutumispäivänä tai päivää aikaisemmin. Vastaajien mielestä kotiutumisen epäonnistumiseen vaikuttavat potilaan liian huono kunto kotiutuessa, kotiavun riittämättömyys, apuvälineiden puute tai kodinmuutostöiden puuttuminen, epävarmuus kotona selviämisestä ja turvattomuuden tunne. |
| Järvikallio Metti 2005 Ikääntyneen kotiutuminen: Laadullinen tutkimus kotiutumisen onnistumisesta yli 70-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden näkökulmasta | Laadullinen tutkimus, jossa aineisto (n=10 kotona asuvaa, sairaalasta kotiutunutta) koottiin teemahaastattelun avulla. Aineisto analysoitiin sisällön analyysin avulla. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä asioita tutkittavat liittävät kotiutumisen onnistumiseen. | Kotiutumisen suunnittelulla on merkittävä vaikutus kotiutumisen onnistumiseen. Tukiverkoston osallistuminen suunnitteluun paransi osaltaan kotiutumisen onnistumista. Kotiin järjestettävät palvelut koettiin pääosin riittäviksi. Kotona selviytymistä edesauttoi eniten tukiverkoston osallistuminen arkeen. Haastatellut kokivat, ettei heidän mielipiteitään aina huomioitu riittävästi, ja että kotiutus tapahtui usein liian varhain. Tästä oli seurauksena turvattomuuden tunne tai joutuminen takaisin sairaalaan. |
| Markkanen Päivi 2004 ”PYÖRÖOVISYNDROOMA” Potilaan näkökulma kotiutuksen ja kotihoidon onnistumisesta sekä syistä sairaalaan palaamiseen | Laadullinen tutkimus, jonka aineisto (n=15 osastolta kotiutunutta potilasta, jotka olivat joutuneet takaisin sairaalaan) koottiin teemahaastattelulla. Aineisto analysoitiin sisällön analyysin avulla. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilaan näkökulmasta kotiutuksen onnistumista, kotiutuksen jälkeisen kotihoidon | Kotiutuksen onnistumiseen vaikutti potilaan kotiutumisvalmius. Siihen vaikuttavia tekijöitä olivat kotiutusajankohtaan vaikuttaminen, tiedonsaanti, kannustaminen ja avun järjestäminen kotiin. Kotona selviytymiseen vaikuttivat avun saaminen kotiin ja kokemus hyvästä olost. |

| | | |
|--|--|--|
| | riittävyttä sekä etsiä syitä, miksi osa potilaista palaa pian takaisin sairaalaan. | |
| Pearson, Pauline ym. 2004 The process of hospital discharge for medical patients: a model Iso-Britannia | Laadullinen tutkimus, jossa tarkoituksena oli selvittää kotiutumis suunnitelman päättöksentekoa ja sen yhteyttä kotiutumisen onnistumiseen riskipotilailla. Tutkimuksessa teemahaastateltiin 30 potilasta, heidän omaisiaan, sekä heidän kotiutumis suunnittelussaan mukana olleita työntekijöitä sekä sairaalassa että avohoidossa (n=121) | Potilaat ja omaiset toivat esiin keskustelun tärkeyden sosiaalisista rooleista, identiteetistä ja rajoittuneista resursseista ylläpitääkseen arvokkuuden ja elämänlaadun. Tehokkaan kotiutumis suunnittelun painopiste tulee siirtää oireitten hoidosta ja tehtäväkeskeisyydestä enemmän keskusteluun potilaan voimavaroihin ja hänen kokemaansa elämänlaatuun. |
| Koponen Leena 2003 Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. | Laadullinen tutkimus, jonka tarkoituksena oli kehittää substantiivinen teoria iäkkään potilaan selviytymisestä ja sitä edistävistä potilaan, perheenjäsenen ja hoidonantajien yhteistyöstä potilaan siirtyessä kodin ja sairaalan välillä. Teorian kehittämisessä ja aineiston analysoinnissa käytettiin grounded teoria – menetelmää. Aineisto kerättiin potilasasiakirjoista ja haastattelemalla potilaita (n=24), heidän perheenjäseniään (n=14) ja hoitohenkilökuntaa (n=54) kotihoidossa, terveyskeskussairaalassa ja erikoissairaanhoidossa. | Kehitetty teoria koostuu potilaan selviytymisestä, perheenjäsenen osuutta selviytymisessä sekä selviytymistä edistävää yhteistyötä kuvaavista kategorioista ja kategorioiden välisistä yhteyksistä. Potilaan, perheenjäsenen ja henkilökunnan yhteistyötä kuvaavat selviytymisessä auttaminen, selviytymisen ja hoitotoiminnan yhteensovittaminen, avun saaminen selviytymisessä ja avun puuttuminen selviytymisessä. Kontaktin toimivuus ja yhteistyön intensiteetin sopivuus ovat yhteydessä yhteiseen näkemykseen tehtävästä selviytymisessä kohdattaessa muutoksia, selviytymisen yrittämiseen sekä paneutuvan avun saamiseen ja puuttumiseen. |
| Roberts Kathryn 2002 Exploring participation: older people on discharge from hospital Iso-Britannia | Tutkimuksessa käytettiin sekä laadullista että määrällistä otetta. Aineisto kerättiin sekä strukturoidulla kyselylomakkeella (n=260) että puolistrukturoidulla haastattelulla (n=30), ja analysoitiin tilastollisin menetelmin ja sisällön analyysin avulla. Tarkoituksena oli saada tietoa tutkittavien osallistumisesta sairaalasta kotiutumisprosessiin. | Enemmistö tutkittavista koki, että heillä oli ollut mahdollisuus osallistua kotiutumiseen liittyvään päätöksentekoon. Kuitenkin n. 20 % vastaajista koki, ettei heidän toiveitaan kuunneltu. Osa vastaajista piti parempana, että hoitohenkilökunta teki päätökset heidän puolestaan. Vastaajat kokivat henkilökunnalta saadut ohjeet ja informaation erittäin tärkeinä. Jokainen potilas tulee kohdata ja hoitaa yksilöllisesti, ja huomioida hänen halukkuutensa osallistua kotiutumisprosessin eri vaiheisiin. |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Nieminen Tiina 2000 Sairaalasta kotiutumisprosessi vanhuksen näkökulmasta</p> | <p>Laadullinen, fenomenologinen tutkimus, jossa aineisto (n=9 yli 70-vuotiasta vanhusta) koottiin teemahaastattelun avulla. Aineisto analysoitiin teemoittelemalla ja luokittelemalla. Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa, mitkä asiat vanhukset ovat kokeneet tärkeiksi sairaalasta kotiutuessaan.</p> | <p>Potilaat kokevat tärkeinä, että saavat kotiutuessaan kotona tarpeeksi apua arkiaskareissa joko läheisiltään tai kotihoidolta ja tarpeeksi kotihoito-ohjeita. Oleellista oli myös mahdollisuus tarvittaessa ottaa yhteyttä sairaalaan, omalääkäriin tai kotihoitoon. Omaisten merkitys koko kotiutumisprosessin aikana oli merkittävä.</p> |
| <p>Männistö Terttu 1998 Iäkkään potilaan turvallinen kotiutuminen sairaalasta</p> | <p>Laadullinen tutkimus, jossa aineisto (n=30 potilasta) kerättiin teemahaastattelun avulla. Aineisto analysoitiin sisällön analyysin avulla. Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa iäkkään potilaan turvallisuuden kokemusta hänen kotiutuaan akuutisairaalasta.</p> | <p>Turvallisuus merkitsi kotiutuvalle potilaalla toista ihmistä, tähän riittää tieto ihmisestä, joka tarvittaessa auttaa. Muita turvallisuutta lisääviä tekijöitä olivat turvattu toimeentulo, apuvälineet, terveys sekä henkilökohtainen vakaumus. Huonokuntoiset yksin asuvat iäkkäät potilaat kokivat kotiutumisen pelottavana. Potilaat kokivat tarvitsevänsä enemmän tietoa, sekä suullista että kirjallista hoidon alusta lähtien. Turvallinen kotiutuminen varmistetaan parhaiten kunkin potilaan tarpeisiin perustuvalla yksilöllisellä suunnittelulla ja toiminnalla.</p> |
| <p>Rosswurm, Mary Ann – Lanham, Debra 1998 Discharge Planning for Elderly Patients U.S.A</p> | <p>Kvasikokeellinen tutkimus, jossa 202 koeryhmäläistä ja 373 kontrolliryhmäläistä. Koeryhmän kotiutuksia koordinoivat sairaanhoitaja- sosiaalityöntekijä-parit käyttäen sovellettua kotiutussuunnitelma- kyselyä (DPQ), jolla pyrittiin erityisesti selvittämään potilaan kotona selviytymistä ja tarvittavia apuja. Kontrolliryhmä kotiutettiin ilman tämän kyselyn ohjausta. 30 päivää kotiutumisen jälkeen molempiin ryhmiin otettiin yhteyttä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää systemaattisen kotiutussuunnitelman merkitystä.</p> | <p>Tulokset osoittivat, että valtaosalla kotiutuneita potilaista oli toimintakyvyn alenemaa, johon he tarvitsivat toisen henkilön apua. Vain 50 % heistä sai kotihoidon palveluja. Koettu toimintakyky määritti pitkälti uudelleen sairaalaan joutumisen. Tehokas kotiutussuunnittelu tapahtuu koordinoitusti, sisältää perusteellisen toimintakyvyn arvioinnin, arvion omaisten mahdollisuuksista osallistua ja avustaa sekä kotiympäristön tarkan arvioinnin. Potilas ja omainen osallistuvat keskeisesti suunnitteluun.</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>Karppinen Paula 1997 Yli 65-vuotiaiden potilaiden kotiutus akuuttisairaala-asta potilaiden itsensä ja heidän omaistensa arvioimana</p> | <p>Tutkimusaineisto (n= 102 vuodeosastoilla hoidettua potilasta ja 96 omaista) kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Analyysi tehtiin tilastollisin menetelmin SPSS-ohjelmalla. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää vanhuspotilaan sairaalasta kotiutuksen käsitettä sekä saada tietoa yli 65-vuotiaiden potilaiden kotiutuksen toteutumisesta akuuttisairaala-assa heidän itsensä ja heidän omaistensa arvioimana</p> | <p>Kotiutusvaiheessa yli puolet potilaista ei selviytynyt täysin itsenäisesti jostakin päivittäisestä toiminnosta, avuntarve oli pääosin huomioitu riittävästi ennen kotiutusta. Kivut ja säryt huomioitiin hyvin, psyykkisten oireiden huomioiminen oli puutteellista. Vanhukset olivat tyytyväisiä kotiutusajankohtaan, vaikka 2/3 oli saanut tiedon kotiutuksesta korkeintaan päivää aikaisemmin. Tieto siitä, kenen puoleen kotona kääntyä ongelmatilanteissa oli puutteellinen. Noin kolmasosa omaisista arvioi, ettei heitä oltu huomioitu riittävästi.</p> |
| <p>Mistiaen, Patriek ym. 1997 The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting Alankomaat</p> | <p>Aineisto (n=251) koottiin lähettämällä puolelle tutkittavista strukturoitu kyselylomake ja haastatteleamalla toinen puoli viikko kotiutumisen jälkeen. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa sairaalasta kotiutumisen jälkeisistä ongelmista ja niiden laajuudesta.</p> | <p>Yli 80 % vastaajista koki saaneensa liian vähän tietoa esim. tarvittavasta levosta, liikunnasta, kivun hoidosta ja kehen ottaa tarvittaessa yhteyttä. Kodinhoitoon liittyvät tehtävät aiheuttivat myös hankaluuksia useille vastaajille, ja he kokivat saavansa liian vähän apua.</p> |
| <p>Jewell, Sarah 1996 Elderly patients' participation in discharge decision making: 2 Iso-Britannia</p> | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaan kokemuksia osallistumisestaan kotiutumisprosessin päätöksentekoon. Aineisto kerättiin haastatteleamalla viisi potilasta sairaalassaolon aikana ja analysoitiin sisällön analyysin avulla.</p> | <p>Potilaat kokivat, että heillä oli mahdollisuus osallistua kotiutumisprosessin päätöksentekoon, mutta eivät useinkaan tehneet sitä, vaan antoivat hoitajien johtaa päätöksentekoprosessia.</p> |
| <p>Autio Aira 1996 Potilaan kotiuttaminen sairaalasta – potilaan ja henkilökunnan näkökulma</p> | <p>Tutkimus oli kuvaileva ja vertaileva kyselytutkimus. Aineisto (n=98 potilasta ja 62 sairaanhoitajaa, lähi- ja perushoitajaa, kuntahoitajaa, lääkintävoimistelijaa ja lääkäreä) kerättiin kyselylomakkeella ja analysoitiin tilastollisin menetelmin. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja ver-</p> | <p>Potilaiden näkökulmasta kotiuttaminen onnistui pääasiassa hyvin. Sekä potilaiden että henkilökunnan mielestä parhaiten toteutuivat ihmiskeskeiset toiminnot (potilaan kunnioittaminen, huolenpito, toimiminen potilaan asianajajana) ja heikoimmin potilaan oma-toimisuutta tukevat ja päätöksentekoon liittyvät toiminnot. Potilaat arvioivat kotiuttamisen tapahtuneen paremmin kuin henkilökunta.</p> |

| | | |
|---|--|---|
| | rata potilaiden kotiuttamisen onnistumis- ta potilaiden ja henkilökunnan arvioima- na. | |
| Jewell, Sarah 1993 Discovery of the discharge process: a study of patient dis- charge from a care unit for elderly patient Iso-Britannia | Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia kotiutumisprosessia, sen eri vaiheita. Aineisto koottiin haastattelemalla sairaalasta kotiutuneita potilaita (n=5), sairaalan henkilökuntaa (n=19) ja kotihoidon henkilökuntaa (n=7) puolistrukturoidulla haastattelulomakkeella ja analysoimalla aineisto sisällön analyysin avulla. | Kotiutuminen on joustava prosessi, joka alkaa potilaan tullessa sairaalaan ja päättyy potilaan lähtiessä sairaalasta. Prosessia voisi myös jatkaa kotiutumisen arviointiin. Prosessiin kuuluu moniammatillinen alkuarviointi, jakson tavoitteet ja suunnitelma, päätökset kotiutumisesta ja jakson arviointi. |
| Leino-Kilpi Helena – Vuorenhelmo Jaana 1992 Potilas hoidon laadun arvioi- jana | Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla, n=132 potilasta, analyysi sekä kvalitatiivisesti sisällön analyysillä että kvantitatiivisesti, tutkimuskohteena potilaiden käsitys hyvästä hoidosta sairaalassaoloprosessin aikana | Potilaiden mielestä hyvään kotiuttamiseen kuuluvat tiedonsaanti mahdollisesti eteen tulevista asioista, hoidon jatkuvuus, kotiutumisen suunnittelu alkuun hyvissä ajoin ja omaiset suunnittelussa mukana. |

Liite 3. Tutkimukset sairaalasta kotiutumisesta henkilökunnan näkökulmasta

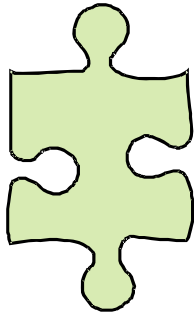
| <i>Tekijä Julkaisuvuosi Aihe</i> | <i>Aineiston keruu, otoskoko, tutkimusmenetelmät ja tutkimuskohde</i> | <i>Päätulokset</i> |
|--|---|--|
| Salomaa Erja 2004 Vanhusten kotiuttaminen perusterveydenhuollossa – hoitajien kuvaamana | Tutkimusaineisto (n=24 sairaan-, perus- tai lähihoitajaa sairaalasta, kotisairaanhoidosta ja kotipalvelusta) kerättiin kahden avoimen kirjallisen kysymyksen avulla, analysointi sisällön analyysillä. Tutkimuskohteenä oli vanhuspotilaan kotiuttaminen perusterveydenhuollosta kotihoitoon sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön kuvaamana. | Tuloksena muodostettiin vanhuksen kotiuttamismalli perusterveydenhuollossa. Vanhuksen kotiuttaminen perusterveydenhuollossa ja yhteistyön luominen eri organisaatioiden välillä sisälsi seuraavat osatekijät: vanhuksen kotiuttamisen valmistelu ja kotikuntoisuuden arviointi sekä luottamuksellisen yhteistyön luominen ja hoitajien välinen yhteistyö |
| Pajari Marjo 2004 Vanhuspotilaan sairaalasta kotiuttaminen kotiuttavien hoitajien ja kotioidon työntekijöiden näkökulmasta | Kvantitatiivinen tapaustutkimus, aineisto osa suurempaa arviointitutkimusta. Tutkimus suoritettiin kyselytutkimuksena sekä kotiutaville hoitajille (n=63 ja 64) että kotioidon työntekijöille (n=56 ja 48) kaksi kertaa vuoden välein. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS-ohjelmalla. Tutkimuskohteenä oli selvittää kotiuttamiskäytäntöjä sekä vanhuspotilaan palveluketjun toimimista hoitohenkilökunnan näkökulmasta. | Palveluketjun toimimisen kannalta ongelmat tiedonvälityksessä nousivat selkeimmin esiin. Kotiuttamisen keskeisin ongelma oli kiireinen työtahti sekä liian myöhäinen päätös kotiuttamisesta. Onnistuneen kotiuttamisen perusedellytys hoitohenkilökunnan mielestä on hyvä tiedonkulku. |
| Atwal Anita 2002 Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. Iso-Britannia | Aineisto kerättiin haastattelemalla 19 hoitajaa ja havainnoimalla heitä 21 moniammatillisessa ryhmässä. Tutkimuksen tarkoitus oli kartoittaa hoitajien käsityksiä potilaan sairaalasta kotiuttamisprosessista.. | Kotiutusprosessin eri näkökulmat, esim. sosiaalinen puoli, jäivät usein vähälle huomiolle, eri työntekijöiden arviointeja koordinoitiin harvoin. Osastoraporttien koettiin hankaloittavan tehokasta kommunikointia. Ajanpuutteen koettiin eniten haittaavan moniammatillista yhteistyötä ja kotiutusarviointien koordinoitua. |

| | | |
|--|---|--|
| <p>Pahikainen Tiina 2000 Hyvä kotiuttaminen hoitajien näkökulmasta</p> | <p>Tutkimusaineisto (n=111 vuodeosaston hoitajaa) kerättiin kyselylomakkeella. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS –ohjelmalla. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa siitä, mitä potilaaseen, hoitajan toimintaan ja organisaatioon liittyviä tekijöitä hoitajat pitivät tärkeinä kotiuttamisessa ja miten he arvioivat näiden tekijöiden toteutuvan käytännössä. Lisäksi tarkoitus oli selvittää, mitkä syyt estivät hyvän kotiuttamisen toteutumisen.</p> | <p>Tärkeimpinä tekijöinä kotiuttamisessa pidettiin potilaan avuntarpeen selvittämistä ja tarvittavien kotihoidon palvelujen järjestämistä. Tärkeänä pidettiin myös kirjallisten jatkohoito-ohjeiden antamista sekä tietoa, miten potilaat toimivat, jos kotona ilmenee ongelmia. Vähiten tärkeinä pidettiin kotiuttamisen suunnittelun aloittamista heti potilaan saavuttua ja kotiuttamisen toteuttamista osaston kirjallisten toimintaohjeiden mukaisesti. Hyvä kotiuttaminen ei toteudu, koska hoitoajat ovat lyhentyneet, aikaa on liian vähän ja keskusteluun ei löydy rauhallista tilaa.</p> |
| <p>Vesterinen Soili 1999 Sairaalaista kotiutettavan yli 65-vuotiaan potilaan sosiaalinen tuki hoitohenkilökunnan kuvaamana</p> | <p>Tutkimusaineisto (n=13 sh, ph, th, ft, tt, stt, kotiutushoitoja) kerättiin delfimenetelmällä. Ensimmäisen kierroksen esseekysymykset analysoitiin sisällön analyysillä. Toisen kierroksen puolistrukturoidut kyselylomakkeet analysoitiin sekä kvalitatiivisesti että kvantitatiivisesti. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, millaista on yli 65-vuotiaan potilaan sosiaalinen tuki häntä kotiutettaessa.</p> | <p>Potilaan onnistunut kotiuttaminen vaati henkilökunnan antamaa emotionaalista ja henkistä tukea, joka vahvisti potilaan henkisiä ja sosiaalisia voimavaroja. Yksilöllisyyden merkitys korostui potilaan tarpeiden huomioimisena. Kotiutumisesta keskusteltiin sairaalahoidon alusta lähtien. Kotiutuksen vastuuhenkilö koordinoi kotiutuksen moniammatillisen ryhmän kanssa.</p> |
| <p>Anthony Mary – Hudson-Barr Diane 1998 Successful Patient Discharge. A Comprehensive Model of Facilitators and Barriers. U.S.A.</p> | <p>Laadullinen tutkimus, jossa aineisto koottiin neljältä ryhmältä teemahaastattelun avulla (n= 28) ja analysoitiin sisällön analyysin avulla. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tehokkaaseen kotiutumiseen vaikuttavia tekijöitä hoitohenkilökunnan näkökulmasta.</p> | <p>Keskeisinä tekijöinä onnistuneessa kotiutumisessa pidettiin yhteistyötä ja vuorovaikutusta eri yhteistyötahojen kanssa, potilaan fyysistä, psyykkistä, henkistä ja sosiaalista valmiutta kotiutua, omaisten valmiutta ja osallistumista potilaan arkeen. Lisäksi tärkeänä pidettiin hoitajien kokemusta ja riittävää ajankäyttöä sekä mahdollisuutta fysio- ja toimintaterapian konsultaatioon</p> |
| <p>Jewell Sarah 1996 Elderly patients' participation in discharge decision making: 1</p> | <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitajien käsityksiä potilaan osallistumisesta ja käytännöistä kotiutumisprosessin päätöksentekoon. Aineisto kerättiin kahdella ryhmäteemahaastattelulla (n=9) ja analysoitiin si-</p> | <p>Hoitajat tiedostivat tarpeen osallistaa potilas kotiutumisprosessin päätöksentekoon, ja pitivät tätä keskeisenä potilaan aktiivisessa roolissa. Hoitajat kokivat potilaan/omaisen tarvitsevan tietoa ja neuvoja heiltä voidakseen osallistua päätöksentekoon. Kuitenkin potilaita kuvattiin passiivisin termein ja heidät nähtiin haluttomina</p> |

| | | |
|---|--|--|
| Iso-Britannia | sällön analyysin avulla. | osallistumaan päätöksentekoon. Hoitajat tiedostivat myös omalla toiminnallaan voivansa joskus estää potilaan osallistumista tai päättävänsä osallistuuko potilas. |
| Autio Aira 1996 Potilaan kotiuttaminen sairaalasta – potilaan ja henkilökunnan näkökulma | Tutkimus oli kuvaileva ja vertaileva kyselytutkimus. Aineisto (n=98 potilasta ja 62 sairaanhoitajaa, lähi- ja perushoitajaa, kuntohoitajaa, lääkintävoimistelijaa ja lääkäriä) kerättiin kyselylomakkeella ja analysoitiin tilastollisin menetelmin. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja verrata potilaiden kotiuttamisen onnistumista potilaiden ja henkilökunnan arvioimana. | Potilaiden näkökulmasta kotiuttaminen onnistui pääasiassa hyvin. Sekä potilaiden että henkilökunnan mielestä parhaiten toteutuivat ihmiskeskeiset toiminnot (potilaan kunnioittaminen, huolenpito, toimiminen potilaan asianajajana) ja heikoimmin potilaan oma-toimisuutta tukevat ja päätöksentekoon liittyvät toiminnot. Potilaat arvioivat kotiuttamisen tapahtuneen paremmin kuin henkilökunta. |
| Styrborn, Karin 1995 Early discharge planning for elderly patients in acute hospitals – an intervention study Ruotsi | Tutkimuksen interventiona käytettiin geriatrin ja kotihoitajan yhteistyössä potilaan ja hänen omaisensa kanssa tekemää kotiutus-suunnitelmaa akuutissairaalassa. Potilaat (n=367) jaettiin koe- ja kontrolliryhmiin. Kontrolliryhmä kotiutettiin tavanomaisin valmisteluin. | Interventio nopeutti sairaalasta kotiutumisia ja vähensi kustannuksia. Oleellista on aloittaa kotiutussuunnittelu mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Kotiutussuunnittelussa on tärkeää huomioida iäkkäiden henkilöiden lääketieteellisten tarpeiden lisäksi heidän toimintakykynsä ja psykososiaaliset tarpeensa. |
| Jewell, Sarah 1993 Discovery of the discharge process: a study of patient discharge from a care unit for elderly patient Iso-Britannia | Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia kotiutumisprosessia, sen eri vaiheita. Aineisto koottiin haastattelemalla sairaalasta kotiutuneita potilaita (n=5), sairaalan henkilökuntaa (n=19) ja kotihoidon henkilökuntaa (n=7) puolistrukturoidulla haastattelulomakkeella ja analysoimalla aineisto sisällön analyysin avulla. | Kotiutuminen on joustava prosessi, joka alkaa potilaan tullessa sairaalaan ja päättyy potilaan lähtiessä sairaalasta. Prosessia voisi myös jatkaa kotiutumisen arviointiin. Prosessiin kuuluu moniammatillinen alkuarviointi, jakson tavoitteet ja suunnitelma, päätökset kotiutumisesta ja jakson arviointi. |

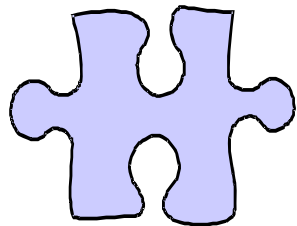
Liite 4. Hyvän kotiutumisen edellytykset potilaan, sairaalan henkilökunnan ja kotihoidon näkökulmista

HYVÄN KOTIUTUMISEN EDELLYTYKSET



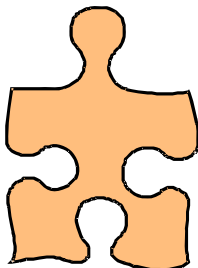
POTILAS

- Jatkohoidon ohjaus ja tiedon saaminen
- Kotona tarvittavan avun arvioiminen ja järjestäminen
- Hyvä tiedonkulku ja yhteistyö
- Omaisen osallistuminen päätöksentekoon
- Potilaan osallistuminen päätöksentekoon
- Aikataulutettu kotiutumissuunnitelma
- Toimintakyvyn ja voimavarojen kokonaisvaltainen arviointi ja tukeminen
- Omahoitajan rohkaiseva ja osallistava rooli
- Turvallisuuden tunne
- Moniammatillinen yhteistyö



**SAIRAALAN
HENKILÖKUNTA**

- Hyvä tiedonkulku ja yhteistyö
- Toimintakyvyn ja voimavarojen kokonaisvaltainen arviointi ja kirjaaminen
- Kotiutumissuunnittelun pikainen käynnistäminen
- Jatkohoidon ohjaus
- Omahoitaja kotiutumisen koordinaattorina
- Kotiutumista tukevat asenteet
- Moniammatillinen yhteistyö
- Aikataulutettu kotiutumissuunnitelma
- Omahoitajan rohkaiseva ja osallistava rooli
- Kotona tarvittavan avun arvioiminen ja järjestäminen
- Omaisen osallistuminen päätöksentekoon
- Potilaan osallistuminen päätöksentekoon
- Turvallisuuden tunne



KOTIHOITO

- Tiedon saaminen potilaan sairauden hoidosta, toimintakyvystä ja kognitiivisista valmiuksista
- Kotihoidon riittävän aikainen tiedonsaanti kotiutumisesta
- Yhteistyö sairaalan ja kotihoidon välillä

Liite 5. Arviointimittari

Hyvä Katriinan sairaalan omahoitaja!

Miten potilaasi kotiutumisprosessi mielestäsi sujui? Sairaalan kotiutumiskäytäntöjen edelleen kehittymiseksi testaamme tämän kotiutumisen arviointimittarin käytettävyyttä. Vastaaminen tapahtuu nimettömänä, ja tuloksia tulkittaessa kenenkään yksittäinen vastaus ei ole tunnistettavissa. Ole ystävällinen ja vastaa seuraaviin kyselylomakkeen väittämiin ympyröimällä sopivin vaihtoehto sen mukaisesti,

miten kotiutumisprosessi mielestäsi sujui:

5= Olen täysin samaa mieltä

4= Olen osittain samaa mieltä

3= En osaa sanoa

2= Olen osittain eri mieltä

1= Olen täysin eri mieltä

HYVÄ KOTIUTUMINEN

Ympyröi oikea vaihtoehto

Hyvä tiedonkulku ja yhteistyö potilaan, omaisen, sairaalan ja kotihoidon välillä

1. Yhteistyö oli sujuvaa potilaan kanssa
2. Sairaalan eri ammattiryhmät toimivat hyvässä yhteistyössä keskenään
3. Tiedonkulku oli sujuvaa kotihoiton kanssa
4. Yhteistyö oli sujuvaa omaisten kanssa
5. Kuntoutuskokouksissa sovitut asiat kirjattiin sovitusti
6. Hoitohenkilökunta ja potilas olivat yhtä mieltä kotiutumisen tavoitteista.

[illegible]

| | Olen täysin samaa mieltä | Olen osittain samaa mieltä | En osaa sanoa | Olen osittain eri mieltä | Olen täysin eri mieltä |
|--|--------------------------|----------------------------|---------------|--------------------------|------------------------|
| 7. Kotiutumisen suunnittelussa vallitsi luottamuksellinen yhteistyö | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. Sairaalan henkilökunnan ja kotihoidon välillä oli näkemyseroja | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. Potilaan hoidon jatkuvuus oli turvattu hänen kotiutuessaan | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <i>Kotiutumissuunnittelun pikainen käynnistäminen ja aikataulutettu kotiutumissuunnitelma</i> | | | | | |
| 10. Potilaan kotiutumisen suunnittelu aloitettiin sairaalajakson alussa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. Potilaalla oli sairaalajakson alussa tieto arvioidusta kotiutumisajankohdasta | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. Hoitosuunnitelma toimi potilaan kirjallisena kotiutumissuunnitelmana | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. Kuntoutuskokouksissa hyödynnetään kaikkien osallistujien asiantuntijuus | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. Kotiutumissuunnitelmaa päivitettiin säännöllisesti | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <i>Potilaan osallistuminen päätöksentekoon</i> | | | | | |
| 15. Tiedän, minkälaisia kuntoutumisodotuksia potilaalla oli | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. Tavoitteet määriteltiin yhteistyössä potilaan kanssa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. Tavoitteita arvioitiin säännöllisesti yhdessä potilaan kanssa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18. Henkilökunta huomioi potilaan mielipiteen päätöksenteossa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19. Tiedän, mitä asioita potilas piti tärkeinä kotiutumisessaan | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20. Kotiutumista suunniteltiin yhdessä potilaan kanssa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 21. Potilaan tarpeet ja toiveet huomioitiin kotiutumisprosessissa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 22. Potilaalla oli tieto, mitä vaihtoehtoja kotiutumiselle oli | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <i>Omaisien osallistuminen päätöksentekoon</i> | | | | | |
| 23. Omaisia kannustettiin ja tuettiin osallistumaan potilaan hoitoon ja kuntoutukseen | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| | Olen täysin samaa mieltä | Olen osittain samaa mieltä | En osaa sanoa | Olen osittain eri mieltä | Olen täysin eri mieltä |
|--|--------------------------|----------------------------|---------------|--------------------------|------------------------|
| 24. Henkilökunta antoi omaiselle/läheiselle riittävästi tietoa potilaan sairaudesta ja kuntoutumisesta | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 25. Omaisen mielipide huomioitiin päätöksenteossa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 26. Kotiutumista suunniteltiin yhdessä omaisen kanssa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Toimintakyvyn ja voimavarojen kokonaisvaltainen arviointi ja kirjaaminen

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 27. Potilaan toimintakyvyn eri osa-alueet selvitettiin kokonaisvaltaisesti | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 28. Huomioin potilaan voimavarat päivittäisessä työskentelyssäni | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 29. Henkilökunta osasi arvioida potilaan persoonallisuuden vahvuudet | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 30. Kirjaamistamme tiedoista ilmeni hyvin, mitä potilas pystyi itse tekemään | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 31. Kirjaamistamme tiedoista ilmeni hyvin, missä potilas tarvitsi apua | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Omahoitaja kotiutumisen koordinaattorina

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 32. Omahoitaja toimi kotiutumisprosessin yhdyshenkilönä | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 33. Kotiutumisjärjestelyt olivat monen henkilön järjesteltävänä | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 34. Potilaan kotiutumisen vastuutahona toimi yksi nimetty henkilö | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Omahoitajan rohkaiseva ja osallistava rooli

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 35. Olen rohkaissut ja tukenut potilasta kotiutumiseen liittyvissä asioissa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 36. Olen kannustanut potilasta liikkumaan voimiensa mukaan päivittäin | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 37. Potilas kertoi minulle sairastumiseensa ja kuntoutumiseensa liittyvistä tunteista | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 38. Olen kuunnellut potilasta, kun hän on halunnut puhua kotiutumisestaan | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 39. Olen keskustellut riittävästi potilaan kanssa hänen kotiutumismahdollisuuksistaan | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| | Olen täysin samaa mieltä | Olen osittain samaa mieltä | En osaa sanoa | Olen osittain eri mieltä | Olen täysin eri mieltä |
|---|--------------------------|----------------------------|---------------|--------------------------|------------------------|
| 40. Tuin potilasta pitämään yhteyttä omaisiin ja ystäviin | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 41. Tuin potilasta käyttämään päivittäisissä toimissa fysioterapiassa harjoiteltuja taitoja | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <i>Kotiutumista tukevat asenteet</i> | | | | | |
| 42. Osastollani on kotiutumista tukeva ja rohkaiseva ilmapiiri | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 43. Osastollani on potilaan omatoimisuutta tukeva työtap | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 44. Osastollani on kotiutumiseen kannustava ilmapiiri | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 45. Osastoni toimintatapa ei tue potilaan kuntoutumista | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 46. Henkilökunta tukee toiminnallaan potilaan itsetuntoa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 47. Kotiutuminen nähdään osastollani ensisijaisena tavoitteena | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <i>Moniammatillinen yhteistyö</i> | | | | | |
| 48. Potilaan kotiutumisessa toimittiin yhteistyössä hoitoon osallistuvien eri ammattiryhmien kanssa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 49. Henkilökuntaideoi yhdessä, miten potilaita motivoidaan kuntoutumaan ja kotiutumaan | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 50. Kotiutumissuunnitelma tehtiin moniammatillisesti | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 51. Eri ammattiryhmät toimivat sovittujen periaatteiden ja tavoitteiden mukaisesti | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 52. Kotiutumistavoitteita arvioidaan säännöllisesti kuntoutuskokouksissa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 53. Potilaan kotiin tehtiin moniammatillinen kotikäynti | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 54. Potilaalle järjestettiin jatkohoitoneuvottelu/hoitokokous hänen omaistensa ja kotihoidon kanssa | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 55. Henkilökunta arvostaa toistensa asiantuntemusta | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <i>Kotihoidon riittävän aikainen tiedonsaanti kotiutumisesta</i> | | | | | |
| 56. Kotihoitoon oltiin useamman kerran yhteydessä potilaan sairaalassaoloaikana | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| | Olen täysin samaa mieltä | Olen osittain samaa mieltä | En osaa sanoa | Olen osittain eri mieltä | Olen täysin eri mieltä |
|---|--------------------------|----------------------------|---------------|--------------------------|------------------------|
| 57. Kotihoitoon ilmoitettiin potilaan kotiutumisesta vähintään 3-4 pv aikaisemmin | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 58. Kotihoidon edustaja osallistui kotikäynnille/hoitokokoukseen | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <i>Kotihoitoon tieto potilaan sairauden hoidosta, toimintakyvystä ja kognitiivisista valmiuksista</i> | | | | | |
| 59. Potilasta koskevat tiedot hänen sairaudestaan ja toimintakyvystään siirtyivät joustavasti kotihoidon käyttöön | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 60. Kotihoidon kanssa oli sovittu ensimmäinen käynti potilaan luona kotiutumisen jälkeen | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 61. Sairaalan ja kotihoidon välillä on sovittu, mitä potilastietoja kotihoitoon siirretään | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 62. Kotihoidon läheteeseen kirjattiin kattavasti potilasta koskevat tarpeelliset tiedot | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| <i>Jatkohoidon ohjaus ja potilaan tiedon saaminen</i> | | | | | |
| 63. Ohjasin ja neuvoin potilaalle jatkohoitoon liittyvät asiat | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 64. Annoin potilaalle tietoa hänen lääkehoidostaan | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 65. Olen selvittänyt potilaalle riittävästi kotiutumiseen liittyviä asioita | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 66. Olen varmistanut potilaan ymmärtäneen saamansa tiedon | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 67. Potilaan kotiutumisen ohjaukseen on ollut käytettävissä riittävästi tarkoituksenmukaista materiaalia | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 68. Huomioin potilaan aiemmat kotiutumiseen liittyvät kokemukset | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 69. Potilas sai tarvittavat jatkohoito-ohjeet myös kirjallisina | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 70. Potilaalla oli kotiutuessaan kirjallisena tieto/puhelinnumero, mihin hän ottaa tarvittaessa yhteyttä | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 71. Potilaalla oli kotiutuessaan riittävästi tietoa hänelle kuuluvista taloudellisista eduista | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 72. Potilaalle oli ohjattu apuvälineiden oikea käyttö | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 73. Potilaalla oli kotiutuessaan tieto siitä, mitä hänen tulee kotona tehdä edistääkseen kuntoutumistaan | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 74. Henkilökunta antoi potilaalle riittävästi tietoa heidän sairaudestaan ja kuntoutumisestaan. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Kotona tarvittavan avun arvioiminen ja järjestäminen

75. Pystyin arvioimaan potilaan selviytymisen arkipäivän toiminnoista hänen kotiympäristössään
76. Pystyin arvioimaan yksilöllisesti kotona tarvittavat avut
77. Potilaalle järjestettiin kotiin tarpeelliset avut ja tuet
78. Kotona tarvittava apu järjestettiin kotiutumissuunnitelman mukaisesti

| Olen täysin samaa mieltä | Olen osittain samaa mieltä | En osaa sanoa | Olen osittain eri mieltä | Olen täysin eri mieltä |
|--------------------------|----------------------------|---------------|--------------------------|------------------------|
|--------------------------|----------------------------|---------------|--------------------------|------------------------|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Turvallisuuden tunne

79. Tiedän, mitä turvallisuuden kokemus potilaalleni merkitsi
80. Potilas tiesi kotiutumispäivänsä useita päiviä ennen kotiutumista
81. Potilaalle järjestettiin ennen kotiutumista kotilomia
82. Potilaalle järjestettiin kotiin apuvälineitä
83. Tiedän, mitkä asiat kotiutumisessa potilasta mietityttivät tai pelottivat
84. Potilaalla oli kotiutuessaan kokemus omasta selviytymisestään
85. Potilas oli kotiutuessaan kotiutumiskuntoinen
86. Potilas voi kotiuduttuaan ottaa tarvittaessa yhteyttä osastolle/omahoitajaan
87. Kotiutumisen onnistumista arvioidaan jollakin tavalla
88. Kotiutumisen seuranta on järjestetty

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Ympyröi oikea vaihtoehto:**Työskentelen osastolla: 1 2A 2B 3 4A 4B 5 6****Työkokemus Katriinan sairaalassa: alle 1v 1-4v 5-9v yli 10v****Tehtävänimike _____**